

JANE MARA FEIJÃO

*DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA AOS EFEITOS PRODUZIDOS
NA LINGUAGEM DO SUJEITO AFÁSICO*

UFPR
Curitiba – 2001

JANE MARA FEIJÃO

*DA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA AOS EFEITOS PRODUZIDOS
NA LINGUAGEM DO SUJEITO AFÁSICO*

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Letras, área de concentração: Estudos Linguísticos, linha de pesquisa: Análise do Discurso, sob a orientação do prof. Carlos Alberto Faraco.

UFPR
Curitiba – 2001

COMISSÃO JULGADORA:

*Ao meu filho, Luciano, que nasceu e cresceu junto com este trabalho.
Aos meus pais, que me ajudaram quando estive ausente, acolhendo-o em seus braços.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Faraco, pela orientação e incentivo quando pensei em desistir.

À fonoaudióloga e amiga Cleybe Hiole Vieira, que nos últimos quinze anos esteve sempre por perto. Dentre muitas coisas que me ensinou, com ela aprendi que é possível partilhar e produzir conhecimento numa prazerosa parceria.

À fonoaudióloga Leomara B. Guarneri dos Santos, pela amizade, pelos ouvidos atentos, pela mente aberta.

À fonoaudióloga Rosana Benine, cuja vontade de vencer é modelo para todos que querem superar desafios.

Às fonoaudiólogas Beatriz Alves de Souza e Cintya Scheidweiler Kayser, companheiras das tardes de discussões sobre os dados de linguagem dos pacientes afásicos, arquivados no Banco de Dados em Afasiologia do Hospital Universitário Cajuru.

Ao meu marido, William, que, além de partilhar comigo dos momentos mais difíceis, contribuiu, com seu conhecimento da língua inglesa, para a finalização deste trabalho.

Aos meus alunos do Curso de Fonoaudiologia que, com suas dúvidas, incitaram-me a pesquisar.

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná, cujo auxílio contribuiu para que eu pudesse dedicar maior parte de meu tempo para a realização deste trabalho.

Aos meus professores do Curso de Mestrado em Letras da Universidade Federal do Paraná.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	x
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1. Algumas propostas de intervenção na terapia de linguagem com sujeitos afásicos.....	07
1.1. Abordagens tradicionais.....	09
1.1.1. A proposta de Jakubovicz e Meinberg.....	09
1.1.2. O método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein.....	13
1.1.3. A reeducação da apraxia para a fala.....	14
1.1.4. O método audiovisual.....	14
1.1.5. A terapia melódica.....	15
1.1.6. Métodos terapêuticos segundo a classificação das afasias.....	16
1.2. Abordagens alternativas.....	17
1.2.1. Uma visão discursiva da linguagem do sujeito afásico.....	17
1.2.2. “Clínica de efeitos”.....	21
1.2.3. O sujeito na língua/linguagem.....	22
CAPÍTULO 2. Reflexões sobre o fazer clínico – da teoria à terapia.....	25
2.1. Concepção de linguagem.....	26
2.2. Definições de afasia.....	28
2.3. Relação cérebro-linguagem.....	30
2.4. O sujeito afásico.....	32
2.5. A terapeuta.....	33
2.6. A terapia.....	33

2.6.1	A abordagem tradicional de Jakubovicz e Meinberg.....	33
2.6.2	As “terapias especiais”.....	42
2.6.3	As abordagens “alternativas”.....	43
CAPÍTULO 3. Análise de dados.....		45
3.1.	Primeira amostra.....	46
3.2.	Segunda amostra.....	66
3.3.	Comentários sobre as amostras.....	87
CAPÍTULO 4. Considerações finais.....		89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		92
ANEXOS.....		96

RESUMO

O caráter patológico da linguagem dos pacientes afásicos dá sentido à clínica fonoaudiológica, ao permitir o surgimento de questões que demandam uma reflexão cuidadosa acerca dos empréstimos teóricos diversos e de seus pontos de intersecção. A temática desta dissertação relaciona-se, justamente, à linguagem do paciente afásico e às modificações, nesta, que o tratamento fonoaudiológico poderia promover, sem perder de vista o atravessamento de outras áreas do conhecimento, seja na forma de atuação do terapeuta, seja no direcionamento do olhar lançado no momento da análise dos dados lingüísticos. Afinal, embora já tenham sido publicados diversos trabalhos sobre a afasia, ainda há pouca produção acerca dos procedimentos terapêuticos utilizados quando da reabilitação do sujeito afásico. Esta constatação é ainda maior se a terapia proposta contraria as abordagens tradicionais de tratamento.

A linguagem de um paciente afásico submetido a dois diferentes momentos terapêuticos serviu de inspiração a esta dissertação. Num primeiro momento, o paciente foi atendido por uma fonoaudióloga filiada a uma proposta tradicional de reabilitação; num segundo momento, este paciente foi acompanhado por uma profissional que conduziu sua terapia sem estar vinculada a uma proposta tradicional. O intuito deste trabalho, portanto, é refletir a respeito da influência dos dizeres da terapeuta sobre a produção lingüística do paciente, seja inibindo-a ou desencadeando-a.

Para alcançar este intento, foi feita uma revisão de diferentes propostas de intervenção terapêutica junto a esses pacientes, de modo a promover uma reflexão crítica relativamente às estratégias discursivas utilizadas durante o acompanhamento fonoaudiológico dos sujeitos afásicos. Dessa maneira, foi possível levantar quais os

procedimentos ou falas que, tomados pelo terapeuta, impediriam ou deflagrariam a fala do paciente.

ABSTRACT

The pathological feature of the aphasic patients language gives sense to the speech therapy clinic, allowing the appearance of issues that demand a careful reflection on the several theoretical borrowings as well as its intersection points.

The thematic of this dissertation relates - in fact - to the aphasic patient's language and to its modifications, which the speech therapy treatment could provide without excluding the crossing of other areas of knowledge either through the therapist performance or the aim of the look at the time of the linguistic data analysis. Eventually, in spite of the fact that several pieces of writing about the aphasia have been published, there is still little production about the therapeutic proceeding used at the aphasic subject's rehabilitation. Such verification is even greater if the therapy presented goes against the traditional as approach of treatment.

The language of an aphasic patient, submitted to two therapeutic moments were the reasons that inspired this dissertation. At a first moment, the patient was assisted by a speech therapist, bond to a traditional proposal of rehabilitation; at a second moment, this patient was assisted by a professional that conducted its therapy without being bond to a traditional proposal. Therefore, the intention of this writing is to reflect upon the influence of whatever the therapist says about linguistic production of the patient, either inhibiting it back or unleashing it.

In order to reach such aim an, a review of different proposals of therapeutic intervention together with these patients was made, in a way to promote a relatively critical reflection to the discursive strategies utilized during the speech therapy assistance onto the aphasic subjects. It was possible, thus, arise which proceedings or

speaking that taken by the therapist would either hold back or deflagrate the patient's speaking.

INTRODUÇÃO

A afasia e a dissolução da linguagem que a acompanha têm sido assunto de ricas discussões e acirradas controvérsias envolvendo pesquisadores e profissionais de diversas áreas como a neurologia, a psicologia, a lingüística, e também a fonoaudiologia que, na busca do seu lugar como ciência, tem trilhado seu percurso a partir da identificação com estas outras áreas do conhecimento.

O caráter patológico da linguagem dos pacientes afásicos dá sentido ao fazer clínico fonoaudiológico, ao permitir o surgimento de questões que demandam uma reflexão cuidadosa acerca dos empréstimos teóricos diversos e de seus pontos de intersecção. A temática desta dissertação relaciona-se, justamente, à linguagem do paciente afásico e às modificações, nesta, que o tratamento fonoaudiológico poderia promover, sem perder de vista o atravessamento de outras áreas do conhecimento, seja na forma de atuação do terapeuta, seja no direcionamento do olhar lançado no momento da análise dos dados lingüísticos.

A idéia deste trabalho nasceu tanto da minha experiência como docente em Cursos de Fonoaudiologia, ouvindo as dúvidas dos alunos (principalmente os terceiro e quarto-anistas) sobre o fazer clínico com os pacientes afásicos, como também do contato com dados lingüísticos do Banco de Dados em Afasiologia do Hospital Universitário Cajuru¹, quando me deparei com a particularidade da linguagem dos pacientes portadores de afasia. O foco de atenção quando da análise dos dados lingüísticos estava, na ocasião, voltado menos para a descrição da sintomatologia e mais para a produção discursiva do paciente. Ainda assim, a

¹ O projeto de Criação do Banco de Dados em Afasiologia do Hospital Universitário Cajuru teve início em agosto de 1997, coordenado pela Prof.^a Fga. Cleybe Hirole Vieira, reunindo fonoaudiólogas e professoras da PUC-PR e alunas estagiárias. Seu objetivo era sistematizar os dados dos pacientes atendidos, permitindo com isso acompanhar a evolução dos casos, verificando as principais tendências e produzindo pesquisas na área.

dinâmica da interação face-a-face permitia que a observação se estendesse não apenas para os turnos do paciente, mas ao jogo dialógico que se estabelecia entre os interlocutores envolvidos. Sendo assim, tanto era possível levantar interrogações sobre as características de linguagem dos sujeitos afásicos como também analisar a forma como o terapeuta posicionava-se no momento da conversação, de modo a ventilar a possibilidade de relacionar ambas as questões.

O que era instigante, na investigação das particularidades das estruturas discursivas produzidas, era a possibilidade do sujeito afásico, diante de sua dificuldade e mediante participação do fonoterapeuta neste processo, rearranjar o que antes não lhe era percebido como problemático ou difícil. Será que o posicionamento do terapeuta poderia influenciar, de alguma forma, o papel do paciente afásico como interlocutor, ou seja, será que o silenciamento do paciente ou o desenrolar de sua fala, mesmo peculiar, poderiam ser tomados como efeito da condução, pelo terapeuta, da atividade dialógica?

Em alguns casos, a detecção do déficit lingüístico dos pacientes afásicos leva ao planejamento, pelo fonoaudiólogo, de uma terapia atada a uma proposta tradicional de reabilitação, o que inclui estratégias cuja finalidade é a de levar o paciente à superação dos seus sintomas. Em geral, tais propostas segmentam a linguagem em categorias lingüísticas, acreditando que o paciente possa ter o controle consciente de sua produção, a ponto de reaprender regras gramaticais e sintáticas pela repetição descontextualizada e incessante de categorias de palavras. Influenciadas pela compreensão do fenômeno da afasia advinda da neurologia, a crença da submissão da linguagem ao cérebro está subjacente a estas propostas. É por isso que o trabalho desenvolvido pelo terapeuta tem como intuito final a estimulação do cérebro, sendo a linguagem relegada a um segundo plano.

Por outro lado, outros profissionais optam por uma clínica não-tradicional, pelo abandono de testagens avaliativas padronizadas e de plano terapêutico de fundo comportamental. Apostando na atividade dialógica, estabelecem com o paciente afásico uma relação menos assimétrica, na qual ambos os interlocutores (paciente e terapeuta) têm oportunidades análogas na condução do diálogo e na construção mútua de significações. Desse modo, a linguagem ganha seu reconhecimento como ocupando uma ordem própria de funcionamento, deixando de submeter-se a uma ordem de funcionamento cerebral. O fonoaudiólogo, conseqüentemente, estaria comprometido com o funcionamento lingüístico do sujeito afásico, indo além da determinação orgânica imposta pela afecção neurológica.

Será que, dependendo do tipo de intervenção, a expressão verbal do sujeito afásico não seria bloqueada, reduzida ou, ao contrário, não seria desencadeada mais facilmente?

Constatou-se, realmente, variações de volume e conteúdo verbais na fala de pacientes afásicos quando do momento de interlocução com o terapeuta. As amostras escolhidas para análise, neste trabalho, chamam atenção pelo fato de serem produzidas por um mesmo paciente, cujas condições neuroanatômicas mantiveram-se praticamente inalteradas. Porém, na primeira amostra, o paciente foi atendido por uma fonoaudióloga filiada a uma proposta tradicional de reabilitação, enquanto que, na segunda amostra, este paciente foi acompanhado por uma profissional que conduziu sua terapia sem estar vinculada a uma proposta tradicional. As variações observadas no discurso do paciente afásico sugerem que determinados procedimentos terapêuticos – entendendo que os dizeres do terapeuta também são considerados como “procedimentos terapêuticos” – durante a interação verbal face-a-face, funcionariam como bloqueadores ou como deflagadores da fala do paciente afásico.

O meu propósito com esta investigação é resolver este impasse pela revisão de diferentes propostas de intervenção terapêutica junto a esses pacientes e promover uma reflexão acerca das estratégias discursivas utilizadas durante o acompanhamento fonoaudiológico dos sujeitos afásicos, de modo a levantar quais os procedimentos ou falas que, tomados pelo terapeuta, impediriam ou desencadeariam a fala de seu paciente.

Esta dissertação, portanto, compõe-se de três partes. Na primeira, é feito o levantamento de algumas propostas terapêuticas, conhecidas e publicadas no Brasil depois dos anos oitenta, destinadas à reabilitação de pacientes afásicos, opondo dois posicionamentos divergentes: o tradicional e o não-tradicional, também chamado, aqui, de “alternativo”. Deixando de lado a pretensão de cobrir todas as publicações relacionadas a este assunto, foram eleitos alguns trabalhos, suficientes para ilustrar pólos teórico-profissionais opostos. Dentre eles, encontra-se a proposta defendida pelas fonoaudiólogas Regina Jakubovicz e Regina Meinberg; o acompanhamento de sujeitos afásicos feito pelo Centro de Convivência de Afásicos da UNICAMP e discutido pela lingüista Maria Irma Coudry; considerações pontuadas pelas fonoaudiólogas Cleybe Hiole Vieira e Suzana Carielo da Fonseca, entre outros.

Na segunda parte, foram feitas algumas reflexões acerca destas propostas. Os aspectos principais postos em discussão, foram: as concepções de linguagem, afasia, afásico, paciente e terapeuta; as estratégias avaliativas e terapêuticas, bem como os objetivos tanto da avaliação quanto da terapia; o estatuto clínico da relação cérebro-linguagem e; as influências teóricas subjacentes a estes conceitos e pressupostos. Assim sendo, foi caracterizada a oposição entre as duas vertentes citadas anteriormente, aqui chamadas como tradicionais e alternativas, a fim de facilitar o reconhecimento de suas

influências na análise das amostras de linguagem já mencionadas, quando do contato entre paciente e fonoaudióloga, no terceiro capítulo desta dissertação.

O foco da análise dos dados, portanto, não ficou restrito à observação de um dos parceiros do momento dialógico, mas, ampliando o quadro, o olhar foi dirigido a ambos os interactantes envolvidos. Ainda assim, examinando minuciosamente tal situação, chegou-se à conclusão que também o quadro formado pelos interactantes seria insatisfatório e foi preciso afastar o ponto de fuga deste cenário até alcançar a profundidade suficiente para captar não só o que se vê no primeiro plano, mas o que está ao fundo. Afinal, o que é produzido ou interpretado durante a conversação entre duas pessoas, por exemplo, não pode ser tomado independentemente das falas que as cercam, que as atravessam, constituindo-as, mesmo que, enquanto em uso, soem como próprias de cada autor. Como nos ensina Bakhtin,

Tudo o que me diz respeito, a começar por meu nome, e que penetra em minha consciência, vem-me do mundo exterior, da boca dos outros (da mãe, etc.), e me é dado com a entonação, com o tom emotivo dos valores deles. Tomo consciência de mim, originalmente, através dos outros: deles recebo a palavra, a forma e o tom que servirão para a formação original da representação que terei de mim mesmo (Bakhtin, 1997:378).

Desse modo, “a palavra do outro deve transformar-se em palavra minha-alheia (ou alheia-minha)” (Idem: 386).

Foi assim, por conseguinte, e considerando que o dado lingüístico deva ser submetido a uma análise discursiva, que se delineou a possibilidade de reflexão sobre os efeitos gerados pelas estratégias dirigidas ao sujeito afásico na terapia de linguagem. Tal tarefa não é simples, mas constitui-se em um desafio essencial para aprimorar a clínica fonoaudiológica junto a estes sujeitos. Afinal, a terapia de linguagem carrega em

si uma responsabilidade difícil de avaliar, pois, mais do que provocar a ruptura do silêncio pelo som, promove a ruptura do mutismo pela palavra.

CAPÍTULO 1: Algumas propostas de intervenção

na terapia de linguagem com sujeitos afásicos

A afasia explicita a relação entre cérebro e linguagem, uma vez que o sujeito afásico, acometido de uma lesão cerebral, passa a apresentar sintomas os quais denunciam dificuldades na produção e/ou interpretação do seu discurso oral, leitura e escrita. Assim sendo, médicos, neurologistas e neuroanatomistas, entre outros ligados à medicina, pesquisaram este fenômeno tendo como ponto de partida o cérebro. Por outro lado, lingüistas partiram da linguagem em direção à afasia, enquanto a própria linguagem tomada em sua dimensão patológica é alvo de interesse do fonoaudiólogo, que então lança o seu olhar tanto para o cérebro quanto para a linguagem (Vieira, 1992).

Tais pesquisas detiveram sua atenção seja na busca das causas e possíveis classificações a partir da variação sintomatológica e seu correlato neuroanatômico, seja na proposta de formas de avaliação e tratamento dos sujeitos afásicos. Como já seria de esperar, os pesquisadores nem sempre partiram de pontos de vista análogos, o que, ao longo do tempo, intensificou a oposição que faziam entre si, abrindo espaço para que outros tantos tecessem considerações sobre tais divergências e gerassem, conseqüentemente, novos rumos às condutas adotadas junto aos sujeitos afásicos. Atualmente, passados cerca de cento e cinquenta anos da sistematização das primeiras tentativas taxonômicas, avaliativas e terapêuticas, encontramos profissionais que assumiram uma perspectiva tradicional para a condução de seus procedimentos e outros que, movidos por reflexões acerca do fazer clínico e seus efeitos, lançaram propostas alternativas de intervenção.

No primeiro time poderiam ficar aqueles que crêem que a recuperação do afásico ocorrerá se ele se submeter a uma reabilitação em que o terapeuta, munido de instrumental específico de testagem com fins avaliativos, e após ter determinado o tipo de afasia do qual o

paciente é portador – o que poderá definir a viabilidade do tratamento para reabilitação de linguagem – direcione a terapia a partir do cumprimento de tarefas, pelo afásico, o qual é colocado na posição daquele que deve reaprender habilidades, fruto de um saber então perdido. Tais tarefas seriam estabelecidas pelo terapeuta, aquele que detém o saber e, portanto, estaria apto a delimitar os passos que o afásico deve, gradualmente, dar. A fonoaudióloga Cleybe Hiole Vieira, após discorrer sobre algumas abordagens fonoaudiológicas tradicionais para tratamento das afasias, escreve que:

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 (...) (Idem:239).

No segundo time estariam aqueles que se opõem (ou assim tentam) a um trabalho de reabilitação que remeta à idéia de treinamento. Têm em comum ressalvas quanto ao uso de testagens padronizadas e compõem a clínica a partir do diálogo com o paciente, utilizando estratégias que permitam que o afásico tenha não apenas uma atitude responsiva, mas que possa assumir o lugar de locutor.

No entanto, tomando o fazer clínico direcionado à reabilitação dos pacientes afásicos, pouco pode ser encontrado na literatura como resultado do registro de experiência clínica e reflexão teórica nos últimos vinte anos, no Brasil. E é justamente este arsenal reduzido que serve de apoio e referência aos profissionais fonoaudiólogos que se ocupam do trabalho junto a pacientes afásicos. De modo geral, tais produções poderiam ser reunidas seja no grupo das propostas então chamadas “tradicionais” seja no grupo das “alternativas”.

1.1. Abordagens tradicionais

1.1.1. A proposta de Jakubovicz e Meinberg

Um exemplo do primeiro grupo pode ser encontrado nos trabalhos da fonoaudióloga Regina Jakubovicz. Em “Introdução à afasia” (1985), escrito em parceria com a fonoaudióloga Regina Meinberg, define que o objetivo da terapia fonoaudiológica seria a recuperação da comunicação do afásico pela re aquisição do máximo de linguagem que seu déficit permita. O terapeuta tem como papel transmitir linguagem ao sujeito afásico que “(...) não é apenas um mutilado da comunicação. Ele é, em consequência desta mutilação, um incapacitado global (...)” (Jakubovicz & Meinberg, 1985:125). Para tanto, o examinador pode valer-se de diferentes formas de comunicação². Desta maneira, Jakubovicz e Meinberg determinam passos para o início e o desenvolvimento do acompanhamento fonoaudiológico.

Inicialmente o contato com a família, cujo objetivo é o de conscientizá-la sobre os problemas lingüísticos do afásico e orientá-la como ajudar, estimular e incentivar o paciente. Para isto, lista algumas perguntas mais comuns com a respectiva indicação de respostas apropriadas e ainda sugere um formulário com exercícios que pode ser entregue à família para que ajude o paciente em sua reabilitação – ou “reeducação”, termo também utilizado pelas autoras.

Após o contato com a família, inicia-se a avaliação, realizada por testes-padrão,

² Provavelmente referem-se, aqui, a sistemas alternativos e facilitadores de comunicação - “augmentative and alternative communication techniques” (Silverman, 1990) desenvolvidos a partir de pesquisas em neuropsicologia cognitiva, ou seja, recursos que podem ser utilizados com o objetivo de codificar e transmitir uma mensagem, sem uso de habilidades vocais ou de escrita. Tais recursos baseiam-se em sinalização manual em língua de sinais, gestos, pantomima; em seleção gráfica de desenhos, pictogramas e símbolos em tabuleiros ou telas de computador; ou uso de recursos tecnológicos avançados, como o emprego da voz digitalizada (O Mundo da Saúde, 1996:338).

cujo objetivo é traçar diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico. Testes estrangeiros como o *Eisenson*, o *Minnesota* ou o *Boston* podem ser utilizados, desde que o examinador tenha suficientes conhecimentos de neuropsicologia, neurolingüística, psicologia e psiquiatria a serem somados à sua prática profissional. Em 1996, a própria Regina Jakubovicz lançou o “Teste de Reabilitação das Afasias – Rio de Janeiro”, iniciado por modificações no “Protocolo de Avaliação de Afasia da Universidade de Montreal”.

Concluída a testagem, é iniciada a terapia propriamente dita, a qual pode ser resumida nas seguintes etapas, seguidas nesta ordem de apresentação.

1. Estimulação da fase articulatória da linguagem (nível da terceira articulação, ou fonético), na qual é trabalhada a articulação como pré-requisito à abordagem lingüística.
 - 1.1. Demutização, ou seja, a estimulação da produção de sons para casos severos de desintegração fonética.
 - 1.2. Facilitação da fonação, para que o paciente obtenha a voz de maneira simples e fácil e possa, mais tarde, produzir os sons voluntariamente.
 - 1.3. Movimentação articulatória, com exercícios para os movimentos de língua, de modo que o paciente, sofrendo estimulação tátil, auditiva e pela repetição dos movimentos, recupere seu esquema corporal oral; e com exercícios para os movimentos orofaciais, como exercícios de fala automatizada, exercícios articulatorios, respiratórios e de relaxamento.
2. Estimulação direta da linguagem expressiva (nível da primeira articulação ou lingüístico), a qual consiste na estimulação, aplicada hierarquicamente, das

funções apetitiva, ordenadora e realizadora da linguagem³, essenciais, segundo a autora, para a produção lingüística. Desta forma, o cérebro restabeleceria a capacidade de transformar o pensamento em código lingüístico. Jakubovicz e Meinberg alertam que “quanto mais demorar esse restabelecimento, menores serão as probabilidades de se conseguir linguagem, ou pelo menos a linguagem articulada” (1985:156). Faz-se necessário o uso de uma metodologia para aplicação desta estimulação, pois atingirá todas as funções abstratas e lógicas interligadas à função lingüística. Sensações, percepções, memória, atenção, concentração e seqüência lógica são estimuladores e responsáveis pela linguagem expressiva.

Até aqui, segundo as autoras, é realizado um trabalho direcionado para a estimulação cerebral do paciente, sendo indicados até mesmo exercícios de reorganização neurológica quando o paciente encontra-se em boas condições físicas.

3. Estimulação indireta da linguagem expressiva (nível da segunda articulação ou fonológico), feita a partir de exercícios de praxias orofaciais, exercícios respiratórios, controle voluntário do ritmo de fala, exercícios de entonação e ressonância e de linguagem automatizada. Desta maneira, pretende-se trabalhar não só a automatização com a estimulação dos centros subcorticais, mas também a elaboração, o que acarretaria uma atividade cortical. Neste ponto, as autoras alertam:

³ Segundo Jakubovicz e Meinberg (1985), a função apetitiva corresponderia à vontade de falar e emitir sons, a função ordenadora ao processo de tradução do pensamento no código lingüístico apropriado, respeitando a sintaxe e a semântica, enquanto que a função realizadora corresponderia à realização dos movimentos articulatorios, ritmo, respiração, entonação, entre outras características expressas na fala. O esquema funcional de comunicação de Jenkins (1964 [1976]) encerra semelhanças com esta terminologia.

Os exercícios precisam ser repetidos, porém essa repetição deverá ser cuidadosa e sempre alternada com alguma prática que requeira funções corticais; caso contrário, cairemos num padrão de puro condicionamento, estabelecendo linguagem clínica (semi-automatizada) e não linguagem proposicional (Jakubovicz & Meinberg, 1985:158).

A estimulação da linguagem compreensiva é recomendada para quando o paciente tem dificuldades de compreensão auditiva. Assim sendo, e considerando que “não havendo linguagem compreensiva não haverá linguagem expressiva (...), hierarquicamente, o aspecto compreensivo deve preceder o expressivo (...)” (Jakubovicz & Meinberg, 1985:162). Esta estimulação deve ser feita a partir de ordens simples, reforçadas por gestos; textos de duração média, inseridos num contexto significativo; tarefas planificadas, de modo que os êxitos irão gradativamente ficando mais difíceis, sendo essencial que o paciente esteja motivado e estimulado para tentar compreender. Inspirando-se em Schuell (1964), as fonoaudiólogas Jakubovicz e Meinberg citam tarefas como repetição, nomeação, leitura, escrita, resposta com significado (sem ser “sim” ou “não”) e discriminação de fonemas como aplicáveis para que a linguagem compreensiva possa ser atingida pelo paciente, além do reforço de estímulos auditivos e visuais, do uso do olfato, tato, paladar e sensações cinestésicas. Desta maneira, haveria maior participação das vias associativas cerebrais. Poderiam ainda ser aqui utilizados exercícios de reconhecimento de partes do corpo, de reconhecimento visual – por exemplo, pelo pareamento e associação de figuras – e a técnica do absurdo para que o paciente produza linguagem reativa.

Em resumo, Jakubovicz e Meinberg propõem procedimentos terapêuticos cujo objetivo é promover a reeducação lingüística do paciente afásico. Para atingir este intento, trabalham recepção e produção da linguagem, de modo que a compreensão anteceda hierarquicamente a expressão. A idéia é de que a comunicação se viabilize

pela estimulação da linguagem, partindo do condicionamento em direção à linguagem voluntária, ou seja, da linguagem clínica à linguagem proposicional. Estímulos auditivos e visuais são utilizados para provocar associações cerebrais e a autocorreção é sinal de recuperação da compreensão auditiva pelo afásico.

Além da proposta descrita acima, as autoras mencionam outras “terapias especiais”, conjunto que, na verdade, distingue-se da proposta anterior em função de algumas especificidades do paciente a ser atendido (por exemplo, se crianças ou pacientes com determinados tipos de afasia) e ainda pelo uso de estratégias variadas. No entanto, os princípios teóricos são análogos. As terapias exemplificadas são: o método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein; a reeducação da apraxia para a fala; o método audiovisual; a terapia melódica; e métodos terapêuticos segundo a classificação das afasias.

1.1.2. O método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein

O método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein destina-se a crianças afásicas ou com comportamento afasóide e ausência de linguagem oral, e seu planejamento prevê que a terapia seja realizada em grupo. É dividido em três unidades, sendo a primeira destinada ao estabelecimento da linguagem oral telegráfica a partir do desenvolvimento de um vocabulário de cinquenta substantivos. Nesta etapa começa “o uso da linguagem expressiva e compreensiva tanto oral como escrita” (Jakubovicz & Meinberg, 1985:166). A segunda unidade objetiva organizar o pensamento lógico-lingüístico, “através do aprendizado de ações, preposições e advérbios, usados em orações simples afirmativas e negativas”, além do “desenvolvimento da contagem, da noção de quantidade e da fixação da noção temporal através do uso de calendário”.

(Idem) A terceira unidade prioriza o aprendizado dos tempos verbais, com o desenvolvimento da linguagem funcional e o abandono da linguagem clínica. O uso de ordens simples, apoio audiovisual, imitação, repetição e fixação de sons, exercícios grafomotores e articulatórios, aprendizado de cores, exercícios com tempos verbais, aprendizado de pronomes, leitura e escrita, são alguns dos recursos distribuídos nas três unidades de trabalho, respeitando gradação quanto à complexidade da execução e/ou aprendizado.

1.1.3. A reeducação da apraxia para a fala

A reeducação da apraxia para a fala destina-se à recuperação de pacientes cuja dificuldade central está na programação dos delicados movimentos articulatórios necessários à fala encadeada. A terapia, originalmente proposta por Darley, Aronson e Brown (1978), pretende tornar o afásico capaz de reprogramar tais movimentos. As estratégias utilizadas partem da produção de cada fonema, isoladamente, começando das vogais para os fonemas consonantais, para sílabas, palavras e frases. Outros recursos são: a estimulação multimodal (visual, auditiva, tátil); o desencadeamento da linguagem automática e reativa para a espontânea; várias repetições dos exercícios propostos em cada etapa do método.

1.1.4. O método audiovisual

O método audiovisual parte do princípio que o afásico terá de reaprender a usar a linguagem como se estivesse adquirindo uma segunda língua. Portanto, o método

audiovisual é semelhante àquele utilizado no ensino de português a estrangeiros, sendo seu uso recomendado quando o paciente apresenta anomia e agramatismo:

Nesse método trabalham-se a compreensão e a produção da linguagem através de diálogos estruturados. As figuras ilustram ações realizadas sobre diferentes pessoas e sobre objetos diversos e reproduzem as trocas lingüísticas da vida real, tanto visualmente quanto auditivamente (Jakubovicz & Meinberg, 1985:174).

Dos exercícios de compreensão, o terapeuta passa a conduzir uma leitura em conjunto com o paciente e em seguida solicita a produção oral, a partir de perguntas, dirigidas ao paciente, sobre os quadros que servem de base para o desenrolar da estória, desencadeadora do diálogo. Por fim, solicita-se a produção escrita. Caso o paciente encontre dificuldades, sugere-se a utilização de métodos de facilitação, seja pela emissão, pelo terapeuta, da primeira sílaba da palavra que o paciente deva expressar, seja pela escrita da primeira sílaba da palavra, para que o paciente possa completá-la. À medida que o paciente consiga superar suas dificuldades, a facilitação pode ser dispensada.

1.1.5. A terapia melódica

Quando o paciente afásico não se expressa oralmente ou muito pouco e não responde a métodos que partem da repetição, possuindo o agravante de ter déficit de compreensão, a terapia melódica, idealizada por Robert W. Sparks e Andrey L. Holland (1976), é indicada (Jakubovicz & Meinberg, 1985). Considerando a diferença na distribuição de determinadas funções no córtex cerebral, a idéia é de que o afásico, cuja lesão incide no hemisfério esquerdo do cérebro responsável pela linguagem verbal, possa iniciar a sua recuperação pela estimulação do lado direito sadio de seu cérebro,

especializado em música e palavras cantadas. Portanto, a terapia se constrói com o uso de linhas melódicas e ritmos aplicados a frases cotidianas. Aos poucos, tais recursos vão sendo abandonados até que o paciente seja capaz de repetir sozinho noventa por cento das frases sem cantar.

1.1.6. Métodos terapêuticos segundo a classificação das afasias

Quanto aos métodos terapêuticos segundo a classificação das afasias, podem ser resumidamente definidos como um conjunto de exercícios indicados quando o paciente, dependendo do seu tipo de afasia, possui dificuldades específicas, tais como problemas articulatórios severos na linguagem voluntária, dificuldades com a leitura e com o reconhecimento das letras, dificuldades com a escrita, linguagem telegráfica, estereotípias, problemas para repetir, dificuldades para reconhecer e discriminar sons da língua, entre outras. Nestes casos, exercícios são sugeridos para que o paciente seja estimulado a superar seus transtornos. Jakubovicz & Mainberg insistem: “a terapia com o afásico é basicamente uma estimulação de áreas cerebrais” (Idem:181).

A título de exemplificação, no caso do paciente apresentar agramatismo, com dificuldades no uso de verbos, a sugestão é de que inicialmente o paciente use mímica ou gravuras simples para representar os verbos mais comuns, como “comer”, “dormir”, entre outros, além de treinar os imperativos (“coma”, “durma”). Em seguida, indica-se que o paciente associe os verbos aprendidos a substantivos e, após treinar estas palavras, propõe-se que, apagada a coluna dos substantivos, o paciente fale os verbos e o terapeuta os substantivos. Em seguida, que se apague os verbos e que o paciente fale os substantivos e o terapeuta, os verbos.

Enfim, o exame objetivo e a reeducação são defendidos por profissionais que acreditam ser possível “(...) avaliar todos os diversos aspectos da linguagem e da comunicação funcional (...)” a fim de “(...) mensurar os déficits e as capacidades residuais para construir uma terapia ‘sob medida’ e possibilitar a avaliação da evolução” (Cyr-Stafford, 1995:72). A reeducação obedece à progressão de etapas que devem ser paulatinamente cumpridas pelo afásico, o qual deve ser motivado a vencer suas dificuldades em direção, senão à sua recuperação, à reorganização da função perdida, compensando seus déficits.

1.2. Abordagens alternativas

1.2.1. Uma visão discursiva da linguagem do sujeito afásico

Maria Irma Hadler Coudry (1988), por sua vez, insatisfeita pelo modo como as alterações de linguagem vinham sendo avaliadas pela neurolinguística, partiu para uma proposta de avaliação e acompanhamento longitudinal dos sujeitos afásicos baseada na compreensão da linguagem como atividade constitutiva, sob uma perspectiva sócio-interacionista de aquisição de linguagem e disposta a analisar os fatos lingüísticos a partir de uma teoria do discurso, “pela dissolução das dicotomias que procede e pela experiência nesse campo de estudos com o exercício do funcionamento da linguagem em situações discursivas” (Coudry, 1988:55). Isto implica em considerar o afásico como um sujeito adulto, consciente de que já exerceu plenamente a sua linguagem, mas que, acometido por uma lesão focal adquirida no seu sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, passou a apresentar

(...) uma certa destituição de condições de significação (que podem diferir de sujeito para

sujeito), 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 (Idem: 70).

Considerando tais aspectos, Coudry valoriza a situação dialógica na relação estabelecida entre um sujeito afásico (paciente) e um sujeito não afásico (terapeuta), seu interlocutor, o que a coloca em oposição a uma proposta tradicional tal como as descritas anteriormente. Isto exige do investigador uma sensibilidade apurada para realizar interferências adequadas às situações dialógicas deflagradas, de modo que o afásico seja capaz de obter um desempenho espontâneo, compatível às situações sociais em que vai agir e interagir. Assim sendo, as múltiplas manifestações do sujeito afásico devem ser levadas em conta: as estereotípias particulares, os gestos complementares, o olhar e a orientação do olhar, o silêncio, as hesitações, as manifestações de desagrado. Valorizando o conhecimento mútuo, o comprometimento pessoal e a afetividade, o investigador lançará mão de recursos a fim de acompanhar o sujeito no seu processo de reconstrução da linguagem como, diante de certa dificuldade, optar por deixar que o próprio afásico elabore-a epilingüisticamente⁴ ou, em vez disso, fornecer prompting⁵ de apoio ao prosseguimento de sua fala, refazer ou modificar determinada questão para restabelecer o equilíbrio das condições dialógicas ou até mesmo completar a fala do sujeito afásico a fim de reduzir as tensões presentes nestas situações de impasse lingüístico.

⁴ O termo “metalinguagem” corresponde à atividade lingüística que opera sobre a linguagem enquanto objeto, abstraindo-a para torná-la um objeto de observação, descrição e representação. A “epilinguagem”, por sua vez, compreende “a atividade do sujeito que opera sobre a linguagem” (Coudry, 1988:16). “No caso do sujeito afásico, essa atividade tem um valor reconstrutivo na busca de alternativas à resolução de suas dificuldades (...)” (Idem, 15-16).

⁵ O termo “prompting” refere-se à estratégia oral do investigador pela qual fornece uma ou mais sílabas iniciais (ou mesmo um movimento articulatório inicial) da palavra cuja produção pelo afásico lhe é difícil (Ibidem, 110).

Determinados procedimentos são propostos por Coudry, tanto para serem utilizados em momentos avaliativos como em acompanhamento longitudinal. São eles: a agenda, o álbum de retratos, o caderno de atividades, a interação com a família, fatos e atividades de interesse pessoal. Tais procedimentos encerram objetivos, como: avaliar o sujeito afásico num contexto mais amplo e diferenciado; propiciar fonte de dados atuais do sujeito que possam constituir o enredo de episódios dialógicos; permitir que o investigador conheça os interesses do sujeito e sobre o que preferirá dialogar; incentivar a prática de atividades diferentes das usuais no acompanhamento clínico; obter aspectos da organização da vida do sujeito; fornecer ao sujeito condições de ser predominantemente locutor, de ter a posse da palavra e a direção do diálogo; desencadear atividades discursivas e novos temas na conversação; orientar a família; enfim, estabelecer com o sujeito uma relação adequada e fecunda.

O Centro de Convivência de Afásicos, da Unidade de Neuropsicologia e Neurolinguística do Departamento de Neurologia, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e do Departamento de Linguística, do Instituto de Estudos da Linguagem da UNICAMP, foi idealizado pela própria Maria Irma Hadler Coudry, por Edwiges Morato e por Benito Damasceno, tendo como proposta o atendimento em grupo dos sujeitos afásicos. Seu eixo central é o exercício vivo da linguagem, em diversos contextos enunciativos e situações discursivas variadas, com alternância de interlocutores (Coudry, 1995). Esta proposta permite que possam emergir certas dificuldades linguísticas que não aparecem nas relações diádicas, levando o paciente a buscar novas maneiras para resolução destas dificuldades. Para tanto, os procedimentos metodológicos utilizados são o registro em agenda de fatos cotidianos que merecem ser contados; leitura e comentários de acontecimentos nacionais e internacionais divulgados pela imprensa escrita e falada; recontagem de piadas, comentários sobre charges

políticas e retratos psicológicos de personagens públicas; atividades não-verbais que desencadeiem produção oral, integrando, pois, em uma concepção abrangente de linguagem, o seu funcionamento (Idem).

Compartilhando do ponto de vista de Coudry, a fonoaudióloga Mônica Cristina Gandolfo (1994; 1996) adota uma visão discursiva da linguagem para acompanhar casos de pacientes afásicos. Define os testes-padrão avaliativos como tarefas descontextualizadas que simulam situações artificiais, cujo objetivo diagnóstico concentra-se em indicar algumas dificuldades metalingüísticas que o sujeito apresenta (Coudry, 1986). Aplica, ao acompanhar o caso de um afásico com diagnóstico de Síndrome Frontal Leve – a qual prefere chamar de Afasia Semântico-Pragmática – uma avaliação neurolingüística, sendo que os dados obtidos em tal avaliação foram analisados a partir de uma teoria da linguagem orientada discursivamente, ou seja, assumindo que a significação não é dada de antemão, que na linguagem há cristalizações e sentidos historicamente construídos por um trabalho social contínuo que os sujeitos exercem sobre ela, que há vários fatores (tais como o contexto, pressupostos de conhecimento, crenças, imagens recíprocas entre interlocutores e a respeito do referente) que interferem na elaboração da significação e que há fatores relativos aos níveis lingüísticos (fonêmico, sintático, semântico e pragmático) atuando nos processos de significação.

Com o uso de procedimentos terapêuticos como relatos, fábulas e piadas, Gandolfo dialoga com o paciente, o que permite conhecer suas condições de interpretação e produção textuais e agir sobre elas. Durante o diálogo entre sujeito afásico e investigador, são utilizados os diversos recursos expressivos dos falantes, tais como elementos inferenciais, pressupostos e subentendidos, elementos coesivos e de coerência textual e elementos de heterogeneidade (vozes de um enunciado). No caso

estudado por Mônica Gandolfo, por exemplo, ela explica que (referindo-se à sua experiência no tratamento de Antônio, sujeito afásico que classificou como caso de afasia semântico-pragmática), quanto mais ela deixava de subentender seus dizeres, “quanto mais ele tivesse que explicitar aquilo que estava dizendo, maior era o seu trabalho lingüístico. (...) a grande alteração pragmática da sua fala acontecia devido à falta de elementos de coesão e de coerência textual. Antônio não conseguia topicalizar um tema, muito menos fazer com que ele tivesse alguma progressão” (Gandolfo, 1996:42). Diante de tal manifestação, Gandolfo checava se os pressupostos e subentendidos do paciente estavam em sintonia com os dela, de modo a não permitir que a fala do paciente fosse para uma direção da qual o próprio paciente não tivesse consciência ou controle. Assim sendo, diante do prejuízo de continuidade discursiva que este sujeito apresentava, sua estratégia era de apontar-lhe onde exatamente sua fala falhava. Para oportunizar esta estratégia, Mônica procurava criar situações nas quais o paciente pudesse exercer a posição de locutor e, ao mesmo tempo, perceber suas falhas.

1.2.2. “Clínica de Efeitos”

Embora também rejeitando os testes-padrão como meio de avaliação de linguagem de sujeitos afásicos e questionando as abordagens terapêuticas tradicionais, a fonoaudióloga Suzana Carielo da Fonseca (1995) apresenta uma concepção particular da clínica fonoaudiológica, a qual prefere denominar de “clínica de efeitos”: “(...) aquela em que a palavra está em cena” (Fonseca, 1995:138). Partindo da reflexão de Jakobson relativamente à afasia e da aproximação à proposta interacionista na Área de Aquisição de Linguagem, conforme desenvolvida por Cláudia de Lemos, entende que a afasia é linguagem em funcionamento e faz absoluta distinção entre funcionamento

cerebral e funcionamento lingüístico, rejeitando a relação de causalidade cérebro-linguagem, na qual o cérebro tem lugar hierarquicamente superior. Caracteriza a linguagem do afásico da seguinte maneira:

O dizer afásico, com freqüência, é desconexo, fragmentado, marcado por pausas, hesitações, segmentos ininterpretáveis, repetições, ou seja, circulação ou trânsito dos mesmos fragmentos no interior de um dizer. Tudo isto mostra o movimento lingüístico-discursivo implodindo a seqüencialidade na fala dos pacientes. Movimento que perturba a interpretação (Fonseca, 1995:108).

Afirma que o terapeuta, diante deste dizer que resiste a “fazer texto”⁶, atribui-lhe sentido, ou seja, tal fala se “faz texto no dizer do outro” (Idem:111). Desse modo a fala do paciente pode ser alinhavada e reconhecida como relato, já que o dizer do terapeuta, ressignificando a fala afásica, pode ter efeito estruturante para o sujeito. Portanto, é “a fala do paciente [que] determina a da terapeuta: é o que ele diz que pede leitura” (Ibidem:115). Isto posto, acredita ser inaceitável a idéia do “terapeuta em controle” – terapeuta decodificador do dizer do paciente – , preferindo falar de “mútua determinação” – terapeuta submetido ao dizer do paciente.

1.2.3. O sujeito na língua/linguagem

A fonoaudióloga Cleybe Hiole Vieira (1997), discutindo “o sujeito entre a língua e a linguagem”⁷, concorda com Fonseca, destacando o funcionamento lingüístico como o centro de interesse na terapia dirigida aos sujeitos afásicos. Assim, mais interessante que falar do erro de linguagem cometido pelo paciente, é entender o “erro” como uma possibilidade de produção lingüística, já que o “erro” não é algo estranho ao

⁶ Expressão de Maria Teresa Lemos (1992), citada por S.C. da Fonseca (1995).

⁷ Título de artigo escrito pela fonoaudióloga Cleybe Hiole Vieira no 2º número da *Série Linguagem*.

funcionamento lingüístico. “‘Erro’ que diz, também, da posição do sujeito na língua/linguagem. O ‘patológico’ ganha aí possibilidade de ser pensado”(Vieira, 1997:66).

Posiciona-se ao lado de Cláudia de Lemos ao entender que o funcionamento lingüístico “se dá às cegas, colocando fragmentos em relações uns com os outros. É o efeito de interpretação do outro que limita, que restringe, que coloca os fragmentos lingüísticos em um texto, fazendo cadeia” (Idem: 66). Se o texto ganha sentido pelo movimento de linguagem sobre linguagem, não se pode imaginar outro lugar senão o diálogo como ponto de partida (e de chegada) para o contato terapêutico com o sujeito afásico, abandonando qualquer tentativa de normatização, já que os interlocutores que partilham o momento dialógico não têm controle sobre suas produções, ou seja, não podem saber de antemão como cada enunciado será arranjado, combinando os elementos lingüísticos simultaneamente à sua seqüenciação na cadeia. Portanto, considerar a singularidade do discurso de cada sujeito envolvido na interlocução é condição para evitar quaisquer reducionismos da deteriorização da linguagem nas afasias. Afinal, “não é possível, na clínica, falar de linguagem sem falar de sujeito e não é de qualquer linguagem e nem de qualquer sujeito que se trata” (Ibidem: 69).

Muito embora não seja possível reunir de maneira tão resumida as várias propostas de acompanhamento ao sujeito afásico, as citadas acima constituem uma boa amostra do que hoje se discute e se faz na clínica fonoaudiológica, a qual se compõe, além de suas especificidades, mediante o entrecruzamento de outras áreas do saber. A particularidade do fonoaudiólogo é de assumir a tarefa de partilhar com o sujeito afásico tanto do luto pela condição deteriorada de sua linguagem, como dos progressos após reiniciado um percurso em direção à retomada de seu papel de interlocutor.

As propostas exemplificadas encerram semelhanças e diferenças teóricas, essenciais para a compreensão e reflexão crítica deste fazer, bem como para a elaboração de novas formas de intervenção. O próximo passo, portanto, é “des-cobrir” as definições, metodologias e procedimentos até aqui relatados, de modo a trazer à tona a epistemologia submersa em cada proposição.

CAPÍTULO 2: Reflexões sobre o fazer clínico – da teoria à terapia

Somente compreendendo as bases teóricas das propostas mencionadas até agora é que se podem estabelecer as diferenças essenciais entre elas e a incompatibilidade de seus procedimentos terapêuticos. Estes envolvem não apenas um determinado repertório de estratégias, mas também o delineamento do perfil de terapeuta, o qual reconhece o paciente sob ponto de vista particular, ou seja, pode reconhecê-lo como indivíduo cuja capacidade de linguagem foi apagada; ou como sujeito que se vê privado de comparecer efetivamente à interlocução como antes do episódio que o colocou na posição de afásico, ainda que não se possa admitir a possibilidade do “apagamento de sua capacidade lingüística”, já que, por mais que o sujeito afásico se encontre impossibilitado de interpretar ou produzir o discurso oral, participa de um funcionamento lingüístico particular. Se de um lado podemos posicionar os procedimentos terapêuticos tradicionais e de outro, os “alternativos”, mesmo os exemplos mencionados no interior dos grupos distinguem-se em um ou outro aspecto, ou seja, não se pode simplesmente tratar como idênticas certas propostas apenas porque contrapõem-se a determinado modelo interventivo. Tal exercício, portanto, de examinar o referencial teórico alçado em cada proposta exemplificada, parece essencial para a análise do que sucede no encontro entre o fonoaudiólogo e o paciente afásico em terapia de linguagem.

Em linhas gerais, os aspectos principais postos em discussão quando da menção a procedimentos terapêuticos dirigidos a sujeitos afásicos seriam: as concepções de linguagem, afasia, afásico, paciente e terapeuta; as estratégias avaliativas e terapêuticas, bem como os objetivos tanto da avaliação quanto da terapia; o estatuto clínico da relação cérebro-linguagem; as influências teóricas subjacentes a estes conceitos e pressupostos. Assim sendo, a oposição entre as duas vertentes já mencionadas, aqui chamadas como tradicionais e alternativas, parece ser um bom início para este estudo.

2.1. Concepção de linguagem

Começando pela concepção de linguagem, de um lado temos seu entendimento como uma habilidade, um instrumento de comunicação a ser adquirido - ou senão aprendido - pelo indivíduo. Este posicionamento está implícito na forma como adeptos de abordagens tradicionais para a reabilitação do paciente afásico descrevem e explicam seus procedimentos. O uso de termos tais como reaquisição, reeducação, estimulação da linguagem, linguagem reativa, como definidores seja de objetivos ou técnicas terapêuticas, já são suficientes para reconhecer a influência trazida pelas teorias de estímulo e resposta dos behavioristas. Dessa maneira, a linguagem seria mais um hábito a ser adquirido ou educado (readquirido ou reeducado) ou ainda treinado até ser automatizado como resposta previsível a determinados estímulos (Lyons, 1987).

Do outro lado, a linguagem não se reduz à soma de níveis lingüísticos, mas, e para além disso, é considerada como prática discursiva. Questionando a definição de linguagem como “instrumento de comunicação”, Benveniste foi um dos lingüistas a não conceber a possibilidade de imaginar o ser humano separado da linguagem, já que, como instrumento, deveria ser inventado pelo ser humano. Assim, lança a asserção de que “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito” (Benveniste, 1988:286). Atribuir à linguagem este papel constitutivo é figurá-la como “força fundante, condição para a significação e para o nascimento do sujeito” (Lier-De Vitto, 1994:136). Se a subjetividade da linguagem é colocada em evidência, dicotomias como compreensão/expressão e ainda a compartimentalização da linguagem em níveis abstratos ganham menor relevância do que considerar as particularidades discursivas de sujeitos, que de tão “vivos”, são capazes de produzir construções estranhas às normas de uma língua.

Além disso, a idéia de comunicação remete à de transparência e transmissibilidade da linguagem:

Nessa perspectiva, dois (ou mais) interlocutores unos veiculam mensagens informativas, visto que o sentido das unidades lingüísticas por eles empregadas é também uno e fixo. Acresce-se a isso, numa versão pragmática do esquema de comunicação (...) que o falante e o ouvinte reconhecem mutuamente suas intenções, de modo que a transmissibilidade permanece garantida mesmo quando a linguagem se apresenta carregada de “ímplicitos” ou “ambigüidades” (Rubino, 1994:72).

Não é preciso fazer grandes esforços para questionar a noção de transparência da linguagem. Aceitá-la é concordar com o que Lyons chama de “ficção da homogeneidade”, ou seja, “a crença ou pressuposição de que todos os membros de uma mesma comunidade lingüística falam exatamente a mesma língua” (Lyons, 1987:35). Acreditar na homogeneidade é crer, como diz Milton José Pinto, na unicidade do sujeito desconsiderando, como pressupõe a análise do discurso, que todo texto “é sempre um tecido de ‘vozes’ (...) vindas de outros textos preexistentes, contemporâneos ou do passado” (Pinto, 1999:27).

A clínica fonoaudiológica é um excelente campo para contradizer o entendimento da língua como objeto formal e homogêneo, pois “se defronta (...) exatamente com a face da linguagem que escapa à regra, com o que não é previsível, com o que é residual. Na clínica, o fenômeno lingüístico revela sua face mais inapreensível e heterogênea” (Arantes, 1994:27). Considerar esta heterogeneidade é ao mesmo tempo evitar o ajuste de um modelo imposto à linguagem desorganizada do sujeito afásico, e colocar-se como intérprete do seu dizer, que embora não corresponda a um ótimo formal, é linguagem. O desnivelamento, por conseguinte, entre paciente e terapeuta, atenua-se até desaparecer por completo quanto mais ambos os interlocutores possam estar envolvidos na busca da compreensão mútua. Isto implica em que o

terapeuta consinta as manifestações lingüísticas do sujeito afásico e submeta-se também à interpretação que tal sujeito fizer da participação do terapeuta no diálogo estabelecido entre eles pois, nesse encontro, o sujeito afásico não mais será o reprodutor passivo das tarefas que lhe são impostas; pode também assentir, negar, silenciar, argumentar.

2.2. Definições de afasia

A afasia, por sua vez, dependendo da abordagem teórica adotada, pode ser compreendida como déficit da capacidade de comunicação ou então como linguagem em funcionamento. Dentre as prováveis definições de afasia, duas podem servir para evidenciar estes diferentes pontos de vista teóricos.

Pela definição de Tsvetkova (1977), por exemplo, a afasia é um transtorno complexo da atividade articulatória, e caracteriza-se, principalmente, por defeitos na função comunicativa da linguagem, podendo apresentar transtorno total da comunicação verbal. Surge ao produzir-se a destruição de entidades morfológicas do cérebro e afeta a distintos níveis da estrutura da linguagem. Nos casos de afasia, resultam de fato afetados pelo processo patológico, todos os tipos de linguagem: a externo-expressiva (oral) e a receptiva (percepção e compreensão da linguagem); a escrita e a leitura, assim como também a linguagem interna.

Já Coudry (1988) define afasia como:

alterações de processos lingüísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta incluídos aspectos gramaticais) produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associarem a alterações de outros processos cognitivos. Um sujeito é afásico quando, do ponto de vista lingüístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados

recursos de produção ou interpretação
(Coudry, 1988:5).

Na definição de Tsvetkova, a relação lesão/sintoma se presentifica, levando à associação direta entre cérebro e linguagem, estando o segundo termo submetido às condições de integridade do primeiro, ou seja, se garantida a integridade do orgânico, a linguagem se dá naturalmente (Vieira, 1997). Vai ao encontro da definição de afasia que Jakubovicz simplifica como “um distúrbio da linguagem adquirido em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pelo comando motor da fala ou pela compreensão das palavras faladas” (Jakubovicz, 1996:01). A noção de comunicação acompanha o pressuposto de que a linguagem é transparente, ou seja, que se dá a ver pelo conhecimento do código tanto pelo emissor quanto pelo receptor da mensagem, determinando a emergência de um sujeito que, se em condições orgânico-funcionais ideais, controla sua expressão e compreensão. Trata-se aqui de um sujeito biológico/psicológico, ou seja, equivalente a um de uma série de mesmos de sua espécie, movidos pelas condições orgânicas e genéticas que os caracterizam e que, ao mesmo tempo, é aquele “em controle”, senhor de um saber consciente (Vieira, 1997).

Coudry, por sua vez, muito embora não abandone a relação lesão/sintoma ao afirmar que as “alterações de processos lingüísticos de significação são produzidas por lesão no sistema nervoso central”, dilui o peso da determinação biológica quando menciona o funcionamento da linguagem e opta por utilizar os termos “produção” e “interpretação” ao invés de “compreensão” e “expressão”, voltando-se mais aos efeitos discursivos do que às capacidades cognitivas do sujeito (embora as mencione). A linguagem tampouco reduz-se à sua função comunicativa, uma vez que, e indo mais além, possui papel constitutivo. Para estudar a afasia, portanto, é preciso falar de um acontecimento lingüístico; “nesse caso, falar sobre um acontecimento lingüístico exige, como insistem Saussure e Chomsky, falar sobre o funcionamento da linguagem”

(Fonseca, 1995:102). Portanto, a afasia é linguagem em funcionamento, ao contrário do que se poderia imaginar, ou seja, que a afasia seria a ausência de linguagem.

2.3. Relação cérebro-linguagem

Nesse ponto vem já à tona a relação de causalidade cérebro/linguagem, estando o segundo termo submetido fundamentalmente às condições do primeiro. A própria definição de afasia explicita tal evidência, basta observar as definições indicadas anteriormente de que a afasia “surge ao produzir-se a destruição de entidades morfológicas do cérebro, afetando a distintos níveis da estrutura da linguagem” (Tsvetkova); “é produzida por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem” (Coudry); “é adquirida em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pelo comando motor da fala ou pela compreensão das palavras faladas” (Jakuboviz).

Dentre o que foi descrito da proposta de reabilitação de Regina Jakubovicz e Regina Meinberg, por exemplo, chama a atenção a asserção de que o trabalho terapêutico mobilize o cérebro, para que assim a linguagem possa ser recuperada. A linguagem, portanto, dependeria da integridade de certas capacidades cognitivas.

No entanto, esta relação causal, que parece a princípio naturalmente fácil de ser aceita, não é tão evidente assim. A fonoaudióloga Suzana Carielo da Fonseca ocupa-se longamente deste tema na sua dissertação de mestrado “Afasia: a fala em sofrimento”. Neste trabalho, Fonseca critica a asserção da determinação biológica sobre o linguístico

aventada por Broca e Wernicke, bem como a redução do corpo de conhecimentos da lingüística para subjugá-lo ao biológico/cerebral subjacente à proposta luriana⁸.

Para defender seu posicionamento, traz à cena Freud, Saussure e Jakobson, afirmando que Freud abriu a possibilidade de se considerar a afasia a partir de um outro lugar que não o da Medicina; “(...) a dissolução do vínculo causal aí implicado parece ser (...) o caminho mais consistente para que se possa abordá-la [a afasia] enquanto uma questão de linguagem” (Fonseca, 1995:73). Lembra que foi Saussure quem inaugurou o “real da língua” e que Jakobson, por sua vez, ambicionando o desenvolvimento de uma “teoria da língua em geral”, entende o fenômeno da afasia como efeito do funcionamento da linguagem. Portanto, sem negar que existe uma relação entre o cérebro e a linguagem, a qual prefere chamar de “relação de implicação”, Fonseca sustenta a premissa de que a linguagem é uma realidade autônoma, muito embora, citando José Ferrater Mora (1971), saliente que a autonomia “designa uma realidade regida por uma lei própria, distinta de outras leis, mas não forçosamente incompatível com elas” (Fonseca, 1995:79). Sob este conceito de “autonomia”, Fonseca sustenta a diferença entre os funcionamentos cerebral e lingüístico:

Parece plausível, então, sustentar que tanto o funcionamento cerebral como o funcionamento da linguagem sejam realidades governadas por “leis próprias” (realidades autônomas) ou, em outras palavras, que uma realidade não se submete à lei de outro domínio. Este estado de coisas não impede de dizer que um funcionamento não possa ser afetado por outro. A relação causal cérebro/linguagem não está implicada no sentido de “afetar” mas, sim, no de “submeter”. Por meio desse “desvio”, dessa alteração de sentido, pode-se defender a idéia

⁸ O neurologista A. R. Luria (1902-1977) lançou uma proposta de classificação, avaliação e tratamento das afasias, acreditando na noção de sistema funcional do cérebro. A avaliação de linguagem que propõe, compõe-se de testes-padrão para avaliação da linguagem “expressiva” e da linguagem “compreensiva”. Tem por finalidade a classificação do tipo de afasia do paciente e o levantamento dos sintomas, a fim de propor uma terapia adequada. A proposta terapêutica visa a compensação do déficit pelo uso de “afêrências-reserva” e a mediação do terapeuta, de modo a promover a neuroplasticidade cerebral. Vieira (1992) descreve os principais pressupostos e as propostas de avaliação e tratamento.

de que há autonomia mas que não há independência para domínios como o cerebral e o lingüístico.

*(...)
(...) a linguagem pode ser afetada pelo funcionamento cerebral, como os estudos afasiológicos deixam ver, mas o funcionamento cerebral não põe a nu o funcionamento da linguagem, e vice-versa (Idem:80).*

2.4. O sujeito afásico

Sob perspectiva tradicional, pelas palavras de Jakubovicz e Meinberg (1985), o afásico aparece não apenas como um “mutilado da comunicação”, mas ainda como “incapacitado global”. Indivíduo que perdeu o saber lingüístico, fica na posição daquele que deve reaprender habilidades comunicacionais. Tal definição realmente se coaduna com a concepção de linguagem e afasia, discutidas anteriormente, como elementos de base de uma prática fonoaudiológica convencional. Se a crença é de que o ser humano nasce como uma tábula rasa e que a estimulação externa o leva a adquirir aptidões pelo reforço de respostas adequadas que paulatinamente são inscritas em sua mente/cérebro, então a lesão cerebral realmente aniquilaria parte deste saber que, então, pelo mesmo processo, precisaria ser novamente adquirido. As enunciações verbais, consideradas como “atos voluntários”, seriam aprendidas como qualquer outro ato motor (Gagne:1974); o organismo reduz-se “a uma caixa preta, escorada em cada uma das extremidades pelos estímulos detalhados da entrada e pelas respostas da saída, tão descaracterizado a ponto de ser normalmente omitido da equação” (ELLIOT, 1982:34).

Ao contrário disso, o afásico pode ser revelado como sujeito que, embora com dificuldades no manejo de determinados recursos da linguagem, tem participação ativa na produção de um funcionamento lingüístico particular, ainda que chamado de patológico. Em vez de ser reconhecido como mutilado da comunicação, passa a ser

acolhido como comparsa na interlocução, com todos os atributos que lhe poderiam ser cabíveis, quais sejam, a posse da palavra, a condução do diálogo, a interpretação do discurso alheio, entre outros.

2.5. O terapeuta

Se por um lado o terapeuta é o detentor do saber, examinador com conhecimentos de neuropsicologia, neurolinguística, psicologia e psiquiatria que tem como papel transmitir a linguagem ao paciente, tal como postula Jakobovitz; por outro lado será, numa abordagem não-tradicional, o parceiro dialógico do sujeito afásico e não pode, de antemão, adivinhar as palavras do paciente (e nem “transmitir-lhe” linguagem), submetendo-se tanto quanto o sujeito afásico, às regras discursivas pertinentes à situação de interlocução.

2.6. A terapia

2.6.1. A abordagem tradicional de Jakobovitz e Meinberg

Quanto à terapia planejada sob abordagem tradicional, vale a pena realizar uma reflexão mais demorada sobre o assunto, retomando alguns excertos do que já foi explanado em capítulo anterior.

Segundo Jakobovitz e Meinberg, a reabilitação do afásico começa com o contato com a família, a fim de conscientizá-la dos problemas linguísticos do paciente e orientá-la sobre como auxiliá-lo. Para alcançar este intento, listam algumas perguntas mais comuns com as respectivas respostas, bem como sugerem um formulário com exercícios

dirigidos ao paciente. Sem desprezar a importância do contato próximo com os familiares, os quais convivem diariamente com os dramas advindos da condição afásica e da lesão cerebral, faz-se conveniente questionar a efetividade desta “orientação”.

A fonoaudióloga Rejane Rubino levanta uma importante questão relacionada ao contato estabelecido entre o fonoaudiólogo e o núcleo familiar do paciente⁹, refletindo sobre o quanto a noção de comunicação – e toda a implicação ligada a esta expressão – atravessa o que é chamado de “orientação à família”:

A meu ver, tanto a crença na concepção de que a atividade lingüística se dá entre interlocutores “empíricos”¹⁰ quanto a idéia de transmissibilidade por ela implicada estão no cerne de muitos impasses relativos ao trabalho com família (Rubino, 1994:72).

Um desses impasses corresponde justamente a dificuldades no trabalho de orientação à família, uma vez que “com alguma frequência, (...) há uma significativa distância entre aquilo que o fonoaudiólogo diz à família e aquilo que esta ‘entende do que foi dito’” (Idem:74). Supondo que o fonoaudiólogo é sujeito uno, comunicando-se com algum familiar também na mesma condição, não são problematizadas certas contradições no interior das orientações, as quais pretendem ensinar como os familiares devem falar com o sujeito afásico. Como exemplo, podemos encontrar orientações do tipo: “Não se deve interrompê-lo quando está tentando dizer algo.” e “A perseveração de palavras ou atitudes não deve ser combatida de maneira direta, mas sim de forma indireta. Deve-se ajudar o paciente a interessar-se por outra coisa ou mudar sua atenção.” Será que, diante de tais instruções, os familiares poderão julgar se a expressão

⁹ No seu artigo, Rubino discute aspectos relacionados ao trabalho com a família no atendimento fonoaudiológico à criança com distúrbios de linguagem. Muito embora o tema desta dissertação refira-se à clínica fonoaudiológica dirigida ao sujeito afásico adulto, as reflexões de Rubino fazem sentido, já que o foco do debate não é a criança ou o adulto, mas o caráter dos procedimentos do fonoaudiólogo junto à família do paciente.

¹⁰ Termo utilizado por Rubino que pode ser entendido como “o interlocutor, como a natureza o dá a conhecer” (1994:71), ou seja, reais, iguais e constituídos fora da linguagem, a qual assume, por sua vez, papel acessório na comunicação.

perseverativa deve ser combatida, distraíndo-lhe a atenção ou se é melhor deixar que o paciente continue expressando-se desta maneira, porque pode ser uma importante tentativa de dizer alguma coisa? “Sujeito uno e linguagem transparente: eis as marcas da adesão à teoria da comunicação no trabalho do fonoaudiólogo” (Ibidem: 76).

Além disso, a orientação de que a família pratique com o paciente alguns exercícios de reabilitação, acabam por comprometer a qualidade da relação entre eles. Tão preocupados com o que se deve ou não fazer, a espontaneidade e a afetividade inerentes às relações entre os membros de uma família transformam-se em atitudes que, em vez de ajudar na recuperação do paciente, podem levá-lo à manutenção permanente da posição passiva em extensão àquela ocupada no próprio plano de reabilitação. Buscando preparar o ambiente doméstico para a recepção do paciente, o resultado pode ser o aumento da distância entre o sujeito afásico e seus familiares:

A familiaridade se instalará progressivamente, com a busca de um lugar entre esses dois mundos diferentes: o do indivíduo doente e o dos indivíduos sadios. Os papéis de cada elemento da família são comparados: tenta-se adaptar os ritmos e interesses do doente aos da família. A deficiência assume, então, seu espaço na família (e às vezes todo o espaço) (Labourel, 1995:90).

Em depoimento sobre sua sensação frente às pessoas que lhe são próximas, um afásico comenta: “Eu tento dizer alguma coisa; antes mesmo de eu começar a procurar a palavra, adivinham-na por mim. Seria melhor se me deixassem terminar. Eles procuram me ajudar, é mais fácil para eles dizerem a palavra; se eu insisto, eles ficam impacientes.”¹¹

¹¹ Depoimento de “M.L.” in Rolnick, M. & Hops, H.R. “An Aphasia as Seen by the Aphasic, in JSJD, vol. 34, pp. 48-53, 1969, reproduzido em PONZIO, J.; LAFOND, D.; DEGIOVANI, R.; JOANETTE, Y.; TUBERO, A.L. & HORI, C.M.N. – O afásico – convivendo com a lesão cerebral – São Paulo: Maltese; 1995.

Após o contato com a família, o próximo passo é a avaliação, realizada por testes-padrão, cujo objetivo é traçar diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico. Já foram publicados alguns artigos contestando o uso de testes-padrão avaliativos. Seu caráter essencialmente metalingüístico, suas atividades baseadas no conhecimento escolar, a artificialidade do momento de aplicação, a inadequação de algumas provas à realidade vivida pelo sujeito testado, o apagamento do próprio sujeito, são algumas entre outras justificativas para a evitação de seu uso. Além disso, diante de tantos avanços tecnológicos que providenciam exames tão precisos para detectar o local e extensão da lesão, seria preciso que os testes tivessem objetivo diagnóstico? A resposta poderia ser afirmativa se se deixasse de considerar a possibilidade do provável tipo de afasia não corresponder ao local de lesão esperado, o que não é expectativa dos profissionais com influência dos conceitos advindos da neurologia. Some-se a isso que:

a perspectiva reducionista do fenômeno da linguagem acaba por restringir os fatos justamente àqueles que não são nem os mais significativos nem os mais relevantes para caracterizar as dificuldades lingüísticas do afásico e fornecer subsídios para o acompanhamento (Coudry, 1988:06).

A terapia que se segue à avaliação acima é planejada prevendo a conclusão de etapas que se sucedem segundo os progressos do paciente. Como já foi mencionado anteriormente, o objetivo é a estimulação cerebral, calculando a conseqüente recuperação da linguagem (não será o contrário?). Portanto, na terapia proposta por Jakubovicz e Meinberg, o processo inicia-se pela estimulação da fase articulatória da linguagem, recurso que agirá, segundo as autoras, no nível da terceira articulação, ou fonético. Acreditam que a articulação seja pré-requisito à abordagem lingüística. Para estimularem a fase articulatória da linguagem, portanto, sugerem procedimentos como a demutização, a facilitação da fonação e a movimentação articulatória.

Nestes procedimentos, o paciente é levado a fazer sons vocais, mesmo que sem significado, entoar melodias conhecidas e/ou realizar variados movimentos com seus órgãos fonoarticulatórios, bem como articular seqüências de palavras automaticamente, além de ser submetido a exercícios respiratórios e de relaxamento. A pergunta é: como é que estas estratégias levariam o sujeito afásico a dar conta do “nível fonético”? Se o paciente pode recuperar seu esquema corporal oral graças à repetição destes exercícios que, pelo raciocínio inicial, estimulariam regiões íntegras do córtex cerebral, pode também recuperar a capacidade de articular fonemas pela estimulação cerebral destas mesmas áreas? Aceitar isso é confiar que a (re)adquisição da linguagem (que aqui, entende-se, acontece por etapas, iniciando pelo nível fonético) se dá pela passagem natural da habilidade motora para a lingüística. O uso de estratégias como a entoação de músicas conhecidas ou a articulação automática de seqüências de palavras, por sua vez, inspira-se na concepção de funcionamento cerebral de Jackson (1874), tal como assume, ainda, Ana Basso(1977[1982]), na sua proposta de reabilitação de linguagem do afásico. Vieira (1992), explicando a influência dos pressupostos de Jackson na proposta de Ana Basso, diz que:

A referência que faz à noção de uso automático e uso voluntário da linguagem está diretamente relacionado à concepção de funcionamento cerebral de Jackson. 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 (Vieira, 1992:237-238).

A segunda etapa prevê a possibilidade do afásico transformar seu pensamento em linguagem e, para isso, devem ser trabalhadas as funções apetitiva, ordenadora e

realizadora da linguagem, as quais vão da vontade de falar ao movimento dos órgãos fono-articulatórios produtores da fala, passando pela transformação do pensamento ao código lingüístico. Tais funções, inclusive, são consideradas essenciais para a produção lingüística, o que se supõe, portanto, que possivelmente algum afásico possa tê-las prejudicadas, o que o impossibilitaria de recuperar sua capacidade lingüística. Afinal, sendo o cérebro o órgão responsável pela manutenção destas funções, deve ser trabalhada sua capacidade de fazer esta mutação do pensamento em código lingüístico. Esta “reprogramação” necessitará do ajuste de funções mentais superiores, tais como percepção, memória, atenção. Por que não utilizar exercícios de reorganização neurológica? – cogitaram Jakubovicz e Meinberg (1985).

Pode-se observar que o foco do trabalho reabilitador, aqui, está no cérebro e suas funções. A terapia de reorganização neurológica caracteriza-se por ser um método para recuperação de portadores de deficiências, crianças portadoras de deficiências físicas e/ou mentais moderadas e severas. Acredita-se que, com este método, os indivíduos deficientes consigam, aos poucos, adquirir a capacidade de equilibrar o tronco e de manter a cabeça reta, bem como, em alguns casos, de adquirir capacidades de locomoção e de linguagem. O método consiste na recapitulação e repetição das fases de desenvolvimento natural do ser humano, do sustentar a cabeça, rolar, rastejar, até o engatinhar e andar, a fim de permitir à criança deficiente neuro-motor e/ou mental de adquirir equilíbrio de tronco, capacidade de locomoção, linguagem e pensamento, podendo, inclusive, chegar a adquirir senso crítico satisfatório.¹² Isto implica na crença, portanto, de que a habilidade motora, reflexo da maturação cerebral, direciona as demais aquisições, inclusive a da linguagem, colocada aqui como mais uma habilidade e, assim, recaindo no entendimento da linguagem como instrumento de comunicação.

¹² http://www.uniccf.org/brazil/proj_sp.htm

O que chama a atenção no ponto da terapia de reabilitação do paciente afásico proposto por Jakubovicz e Meinberg, quando citam a “estimulação indireta da linguagem expressiva”, é o alerta que as próprias autoras fazem, de que a repetição dos exercícios (de praxias orofaciais, respiratórios, de controle do ritmo de fala, de entonação, ressonância e linguagem automatizada) deve ser cuidadosa e alternada com práticas que exijam o trabalho de funções corticais; do contrário, corre-se o risco de o paciente adquirir “linguagem clínica” (semi-automatizada) e não “linguagem proposicional”. Interessante é que a chamada linguagem clínica é justamente o risco que o paciente corre quando, da clínica, deveria extrair o resultado que espera, ou seja, parece que o próprio método proposto é produtor de um sintoma na linguagem: o de impossibilitar ou dificultar o papel criativo do paciente enquanto gerador de discurso. Ainda assim, a indicação é de que o paciente deva trabalhar “funções corticais”. Será que a excelência de tais funções bastaria para impedir que o paciente não se limite à reprodução passiva de uma fala advinda do treinamento, da repetição? Freud (1977) já questionava a correlação lesão-sintoma ao afirmar que mesmo indivíduos sem lesão cerebral produziam a parafasia, concluindo, assim, que a parafasia não seria fruto de uma região lesionada do cérebro, mas de um funcionamento atípico daquilo que chama de “aparelho da linguagem”¹³:

(...) a parafasia observada em alguns doentes não se distingue em nada daquela troca ou mutilação de palavras que quem é saudável pode encontrar em si próprio em caso de cansaço ou de atenção distraída ou sob a influência de estados afectivos que o perturbam e com os quais, para dar um exemplo, os nossos conferencistas nos tornam com frequência penosa a audição. É óbvio considerar a parafasia na sua vasta acepção como um sintoma puramente funcional, como um sinal de

¹³ Freud formula 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, 1977:62).

funcionalidade reduzida do aparelho da linguagem (Freud, 1977:35).

Assim, pessoas em estresse emocional, por exemplo, também poderiam apresentar o mesmo sintoma, pois a funcionalidade do aparelho da linguagem poderia não estar ocorrendo de maneira ideal. Portanto, a promoção da integridade do aparato neuroanatômico não garantiria a exclusão da manifestação patológica. Fazendo estas considerações, pode-se colocar em xeque a validade de um trabalho reabilitador que incida exclusivamente na recuperação do cérebro, na espera de que, como reflexo, a linguagem se regenere.

Porém, a idéia de reabilitação do paciente afásico defendida por Jakubovicz e Meinberg é de que a comunicação se viabilize pela estimulação da linguagem, partindo do condicionamento em direção à linguagem voluntária, ou seja, da linguagem clínica à linguagem proposicional. Parece que “estimular o cérebro” e “estimular a linguagem” são reconhecidamente ações análogas, ambas culminando no restabelecimento de funções corticais cujo reflexo se dá na linguagem. O que não fica bem compreendido é como ocorre a passagem da chamada “linguagem clínica” para a “linguagem proposicional”, já que o condicionamento é que faz parte do programa de reabilitação, gerador, como as próprias autoras alertaram, da linguagem clínica. Será que ao paciente e àqueles que convivem com ele, resta aguardar que esta “passagem” ocorra “naturalmente” e que ao terapeuta basta treinar o paciente seguindo metodologia premeditadamente preparada, sem preocupar-se com as particularidades do paciente e do funcionamento lingüístico que lhe é próprio?

Outra afirmação em destaque é de que “não havendo linguagem compreensiva não haverá linguagem expressiva [pois] (...), hierarquicamente, o aspecto compreensivo deve preceder o expressivo (...)” (Jakubovicz e Meinberg, 1985). A influência de teorias da lingüística nos estudos fonoaudiológicos é inegável e já foi comentado por alguns

autores do mau uso que pode ser feito destes empréstimos, já que a tentativa de transferir reflexões acerca do objeto “língua” para dentro da clínica como recurso terapêutico tem sido, freqüentemente, infeliz. Lúcia Arantes, criticando a inspiração inatista para conduzir a avaliação de língua de crianças que demoram a falar, explica que a avaliação da língua tinha início no “momento que se investigava aquilo que estava ausente: a própria língua.” Explicando a tal “inspiração inatista”, diz que “embora não manifesta enquanto produção, ainda assim a língua ‘podia’ ser avaliada como compreensão”, já que “as capacidades analíticas, biologicamente dadas, precedem e garantem a produção, o desempenho” (Arantes, 1994:30). Pode ser esta a explicação para a crença de que “hierarquicamente, o aspecto compreensivo precede o expressivo”. Não obstante, adotar este pressuposto no trabalho dirigido a pacientes afásicos seria ignorar a possibilidade deste sujeito antecipar-se ao programa de reabilitação criado para a categoria “paciente com dificuldades de compreensão auditiva” e não para um sujeito singular, que possui sua própria história e, como seria de se esperar, sua trajetória própria no processo de recuperação. Contraditoriamente, espera-se que o afásico chegue à autocorreção, sinal de recuperação da compreensão auditiva, o que exigiria mais do que um comportamento reativo, mas uma atitude de controle sobre a própria produção, já que supõe-se que, se alguém se autocorrige, reconhece que cometeu um erro e o reformula. Portanto, deve comparar o modelo tido como ideal de produção com aquela que efetivamente gerou, localizar a falha, e reformulá-la.

2.6.2. As “terapias especiais”

Das “terapias especiais” mencionadas por Jakubovicz e Meinberg, pode-se dizer que possuem princípios teóricos análogos aos já mencionados de uma terapia tradicional. Tanto o método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein, quanto a reeducação da apraxia da fala, o método audiovisual, a terapia melódica e os métodos terapêuticos segundo a classificação das afasias possuem grande influência do ensino escolar e da crença da estimulação cerebral como condição da recuperação da linguagem. Talvez uma das terapias que mais evidenciem a estimulação cerebral seja a terapia melódica, uma vez que busca o trabalho do hemisfério direito, o sadio, para compensar a insuficiência neurológica após a lesão cerebral em hemisfério esquerdo. A recuperação da linguagem, neste caso, fica totalmente dependente da neuroplasticidade decorrente de tal compensação.

O método de associação de Mc Ginnis, Kleffner e Goldstein, por sua vez, parte da linguagem oral telegráfica e da fixação de um vocabulário de cinquenta substantivos para a organização do pensamento lógico-lingüístico, desenvolvido pela aprendizagem de ações, preposições e advérbios, da contagem, da noção de quantidade e da fixação da noção temporal através do uso de calendário. Depois vem o aprendizado dos tempos verbais, e é nesta etapa que espera-se que aconteça o abandono da linguagem clínica. Porém, não fica esclarecido como acontece esta passagem (da linguagem clínica para a funcional) se as estratégias continuam basicamente as mesmas, mudando apenas o “conteúdo” do programa. O paciente permanece na mesma posição desde o início do acompanhamento, ou seja, apagado enquanto sujeito, mais predisposto a adotar a chamada “linguagem clínica”. A idéia da reaprendizagem é tão forte que o método

audiovisual tem esta proposta lançada de forma explícita, ou seja, a linguagem deve ser ensinada ao paciente como se esta fosse uma segunda língua.

As propostas de autores que se opuseram às terapias tradicionais, já comentadas em capítulo anterior, têm como ponto comum a valorização do sujeito e do diálogo que instaurará com o terapeuta, bem como a compreensão da linguagem como atividade constitutiva. Porém, existem algumas diferenças fundamentais entre elas.

2.6.3. As abordagens “alternativas”

O trabalho desenvolvido no Centro de Convivência de Afásicos da UNICAMP promove a tomada, pelo sujeito afásico, de seu lugar na interlocução com todas as implicações compatíveis a este posto; não obstante, ao terapeuta fica delegada a função, dentre outras, de levar o afásico a elaborar a linguagem epilingüísticamente, utilizando recursos expressivos comuns aos falantes, como aqueles exemplificados por Mônica Gandolfo. Mônica, no relato de sua experiência no acompanhamento terapêutico de um sujeito afásico, comenta como procurava criar situações nas quais o paciente pudesse exercer a posição de locutor e, ao mesmo tempo, perceber suas falhas. O destaque para tais aspectos justifica-se pela observação de como, neste acompanhamento terapêutico há, embutida, a idéia de que a linguagem passa pelo controle do locutor, ou seja, os enunciados construídos respondem a uma intenção gerada pelo falante que, desde que formalmente atento ao seu texto – percebendo suas falhas –, pode interferir nele, buscando a excelência de sua construção. O terapeuta, por seu turno, deve criar situações para a deflagração do diálogo, mantendo um controle consciente do desenrolar do mesmo, de modo a poder fazer interferências que produzam o resultado desejado, qual seja, o trabalho epilingüístico do paciente. Entende-se, portanto, que a idéia do

“sujeito-controle” permanece nesta proposta, visto que a pretensão é de que o afásico readquirira (supondo que todos os falantes de uma língua devam ter) o domínio da sua linguagem.

Já na “clínica de efeitos”, o funcionamento da linguagem é regido por leis próprias. A linguagem, pelo seu caráter constitutivo do sujeito, o atravessa, de modo que, entre dois sujeitos em atividade dialógica não há outro que faça mediação, senão a própria linguagem, uma vez que o terapeuta é entendido como instância de funcionamento lingüístico. Ambos os interlocutores significam e ressignificam a fala alheia e a própria, num processo de mútua determinação que transcende a “intenção” ou o “controle”. Neste ínterim, é inconcebível crer na figura do “terapeuta em controle”. O terapeuta, submetido ao dizer do paciente, fará, sim, restrições neste dizer, colocando-o num texto e produzindo efeito estruturante à fala afásica. Todavia, a compreensão, ou melhor, a explicação dos fenômenos lingüísticos observáveis só pode ser posterior ao momento dialógico.

Concluindo, a reflexão sobre as propostas terapêuticas aplicadas na clínica fonoaudiológica junto a sujeitos afásicos permite que o estudioso diferencie variados procedimentos presentes no encontro entre terapeuta e paciente em terapia de linguagem. Desta diferenciação, pode desenvolver um posicionamento crítico diante do material existente e identificar, quando da observação efetiva de uma terapia destinada a um sujeito afásico, quais as influências teóricas que a direcionam e que determinam o papel dos interlocutores e o desenrolar do diálogo durante a interação face-a-face. Unindo a teorização à análise de dados lingüísticos advindos deste encontro, talvez seja então, provável, definir e propor estratégias alternativas para a condução terapêutica destes sujeitos.

CAPÍTULO 3: Análise de dados

Após as considerações feitas nos capítulos anteriores, o próximo passo é, a partir de dados lingüísticos provenientes de interações verbais face-a-face entre fonoaudiólogo e paciente, refletir sobre os movimentos lingüístico-discursivos e sobre a efetividade das interferências terapêuticas. Efetividade que se manifesta não só pelo aumento do volume verbal produzido pelo sujeito afásico, mas pela possibilidade dele, seguramente, ser um interlocutor ativo, capaz de gerar enunciados imprevisíveis ao terapeuta.

A referência a transcrições de encontros entre fonoaudiólogo e paciente afásico permitiu que isto fosse possível. Foram escolhidos dois encontros: no primeiro, ocorrido em vinte e seis de junho de mil novecentos e noventa e seis, o paciente afásico recebia atendimento fonoaudiológico ainda hospitalizado, no leito; no segundo, datado de dezoito de novembro de mil novecentos e noventa e sete, o mesmo paciente, embora continue a ser atendido no hospital, é recebido pela fonoaudióloga em sua sala, em sessão individual. As fonoaudiólogas que o acompanham são diferentes em cada situação.

A história pregressa deste paciente, aqui chamado de B., não é recuperada, nem tampouco os motivos pelos quais B. tornou-se afásico. O que vai ser foco de interesse, nesta análise, é a interação verbal entre um sujeito que sofre as conseqüências de já não ter a mesma posição que tinha, no jogo dialógico, antes da lesão cerebral; e entre outro sujeito que assume o papel de terapeuta da linguagem. Desta interação, observa-se a produção lingüística do sujeito afásico, inibida ou deflagrada pela posição do terapeuta, e as produções e interferências do próprio terapeuta. Este age sob influência – ainda que não conscientemente conhecidas por ele – de discursos diversos, que atravessam o seu dizer .

As transcrições das sessões foram feitas em ortografia regular, sendo indicada por T¹, a terapeuta da primeira amostra; de T², a terapeuta da segunda amostra; e por B, o paciente.

As falas das terapeutas estão em letras romanas e as do paciente, em itálicas. As hesitações foram marcadas por reticências e as pausas, entre colchetes, com o tempo de sua duração em seu interior: por exemplo, [5 s.]. Os segmentos ininteligíveis estão anotados como (S.I.).

3.1. Primeira amostra

O primeiro material a ser analisado é a transcrição de uma fita de vídeo, de cerca de dezesseis minutos, filmada com o objetivo de registrar a situação do paciente quando ainda no leito do hospital, após sofrer uma neurocirurgia e já demonstrar manifestações afásicas. A fonoaudióloga que o atende aplica-lhe alguns procedimentos avaliativos-padrão.

A gravação tem início com uma fala da fonoaudióloga direcionada aos possíveis espectadores deste vídeo (quicá, a própria fonoaudióloga), dirigindo-se ao câmara. Esta atitude repete-se no decorrer da filmagem, em momentos que a profissional julgou necessárias certas explicações (a estes possíveis espectadores) sobre o material utilizado para a realização da sessão e a correspondente resposta do paciente.

O primeiro trecho gravado, portanto, tem início com a apresentação de Sr. B. pela fonoaudióloga, referindo-se a ele na terceira pessoa para, em seguida, voltar sua atenção ao próprio Sr. B.. Dirige, a ele, uma pergunta direta.

Segmento 1

1. T¹.: Hoje é dia 21 de junho de 96. Esse aqui é o nosso amigo, Seu B., tá, ele fez uma cirurgia, pra mal-formação artério-venosa, e no momento ele está apresentando um

quadro de afasia. E ele vai ser submetido a mais uma cirurgia, novamente, a semana que vem, né, Seu B.? Seu B., queria que o senhor contasse pra nós, então, que qui aconteceu...

2. *B.: Do que eu me lembro da... da... É uma situação, passa, mas as outra não... Não vem, não vem o caso, sabe?*

Diante da resposta hesitante do paciente, a terapeuta sinaliza que o compreendeu, ainda que o texto produzido pelo paciente (no enunciado [2]) seja de difícil interpretação.

Segmento 2

3. *T¹: Sei... E por que que o senhor tá aqui no hospital?*

4. *B.: Porque... [7 s.] Não vai sai.*

A sinalização, entretanto, dada pela terapeuta, que o tenha entendido, dizendo: “Sei...”, indica mais a tentativa de fazê-lo prosseguir do que, realmente, de compreendê-lo. Depois do assentimento que dá ao paciente, T¹., imediatamente, lança a ele uma segunda questão: (3) “T¹.: Por que qui o senhor tá aqui no hospital?”. Sr. B. resiste em responder a pergunta. Isto se evidencia tanto pela pausa de [7 s.] em seu enunciado, quanto pela antecipação de seu insucesso: (4) “B.: Não vai sai.”. Parece reconhecer que a resposta dada por ele, anteriormente, não foi inteiramente satisfatória.

Nota-se, desde já, que o intuito de T¹. é testar o paciente. Afinal, ela bem sabia o que aconteceu com B. e o que ele veio fazer no hospital. No entanto, se o teste pretendia avaliar como o paciente se comunica, já estaria sendo cometida, aí, uma falha. Afinal, não se trata de uma situação de comunicação, de fato, uma vez que quem iniciou o diálogo, já sabia, de antemão, a resposta que o paciente deveria lhe dar (Vieira, 1995).

A partir daí, B. começa a se debater entre a solicitação para que fale e o reconhecimento que tem de si mesmo como alguém incapaz de se comunicar. A terapeuta tenta ignorar as manifestações de desagrado do paciente, voltando sempre ao seu planejado objetivo avaliativo. Assim, incentiva-o a prosseguir.

Segmento 3

5. T¹.: Não tem problema. É só contar, né, como o senhor contou pra mim.
6. B.: *Vô tentá.*
7. T¹.: Umhum.
8. B.: *Às, às vezes não sai nada, não. Eu num... Fico dizendo nada, de, de...*
9. T¹.: Umhum. E o senhor está esperando alguma coisa aqui no hospital, agora?
10. B.: *É, sim.*
11. T¹.: É?
12. B.: *(Assente com a cabeça.)*
13. T¹.: O que o senhor está esperando?
14. B.: *Porque... Tá demorando muito prá... Prá passá, também, já faiz... Já faiz...*

[4 s.] Quanto?

15. T¹.: Deve fazer... Desde que o senhor entrou aqui faz... Uma semana.
16. B.: *Agora?*
17. T¹.: Umhum. E me conta, Seu B., o que qui aconteceu antes?
18. B.: *Antes de começá a passá?*

Nota-se como B. e T¹. desencontram-se nos segmentos reproduzidos acima. O paciente parece querer falar de seu sintoma, enquanto T¹. insiste em fazer-lhe perguntas

desvinculadas do tema para onde B. aponta. Este procedimento de T¹. acaba por impedir o prosseguimento do discurso de B. que, interrompido, vê-se inabilitado de corresponder à tarefa para a qual é chamado. Diante do desânimo de B., T¹. continua a incitá-lo a prosseguir: (21) “T¹.: Vai do seu jeito...”; (27) “T¹.: Ah, vamos lá!”. B., então, prossegue em sua tentativa de responder aos questionamentos de T¹..

Segmento 4

19. T¹.: Isso! O que qui o senhor sentia, o que qui... O que qui aconteceu antes de fazer a cirurgia?
20. B.: *J-Já tava... É, comé qui é? Começando, assim... Como qui é... Eu num consigo.*
21. T¹.: Não, vai do seu jeito, não tem problema.
22. B.: *Se bem que, pra mim, acontece... É tipo assim.*
23. T¹.: Umhum...
24. B.: *Mas, já começou... Na casa dos outros.*
25. T¹.: Umhum...
26. B.: *As pessoas... Problemas. E... Num consigo.*
27. T¹.: Ah, vamos lá!
28. B.: *Num consigo! Tamém acontecia.*
29. T¹.: O que qui acontecia, antes? Esquecia?
30. B.: *Exatamente.*
31. T¹.: Algumas coisas?
32. B.: *Isso. Mais...Mais...*
33. T¹.: Umhum. E depois da cirurgia, daí esquecia mais ainda?

34. B.: *Agora, foi, foi melhorando um pouco.*

35. T¹.: *Ah... tá. Depois da cirurgia ficou ruim, daí foi melhorando um pouquinho.*

36. B.: *Inclusive, eu não sei se você, e tal, mas se eu olha um pouquinho aí na minha casa... Na minha casa! Na minha casa, quarto.*

37. T¹.: *Umhum... No quarto, na enfermaria...*

38. B.: *Melhorou bastante!*

39. T¹.: *Daí o senhor acha que melhorou bastante.*

40. B.: *Bastante mesmo, porque eu não via nada! Agora eu comê... comecei vê um pouquinho.*

Pode ser observado, no último segmento reproduzido acima, que B. parece desenvolver o seu discurso a partir do momento em que T¹. retoma o que B. acabara de formular, como que “conectando” a fala de B. à fala da própria terapeuta. É o que se verifica, quando T¹. retoma, da fala de B., o que lhe acontecia, assinalado por B., anteriormente, em sua fala. (28) “B.: Num consigo! Tamém **acontecia**.”; (29) “T¹.: O que qui **acontecia**, antes? **Esquecia**?”. Neste momento, B. não se detém, assinalando o prosseguimento da conversa: (30) “B.: Exatamente.” A terapeuta, novamente, lhe questiona, mas agora presa à trama da rede dialógica iniciada: (31) “T¹.: Algumas coisas?”; (32) “B.: Isso. **Mais...Mais...**” e, a partir daí, novamente, restringindo e reinterpretando elementos da fala de B., T¹ segue adiante: (33) “T¹.: Umhum. E depois da cirurgia, daí **esquecia mais** ainda?”; (34) “B.: Agora, foi, foi **melhorando um pouco**.”; (35) “T¹.: Ah... tá. Depois da cirurgia ficou ruim, daí foi **melhorando um pouquinho**.”; (36) “B.: Inclusive, eu não sei se você, e tal, mas se eu olha um pouquinho aí na minha casa... Na minha casa! Na minha casa, **quarto**.”; (37) “T¹.: Umhum... **No quarto**, na enfermaria...”; (38) “B.: **Melhorou bastante!**”; (39) “T¹.: Daí o senhor acha que **melhorou bastante**.”; (40) “B.: **Bastante** mesmo, porque eu não via

nada! Agora eu comê... comecei vê um pouquinho.” A restrição que terapeuta faz de determinados elementos dos enunciados do paciente, é essencial para que o texto produzido pelo sujeito afásico, ganhe sentido. Assim, esta “restrição de sentido”¹⁴, encadeada no enunciado do terapeuta, ganha efeito de reinterpretação sobre a fala daquele sujeito.

B. cede ao desenrolar do diálogo, até T¹. novamente impor-lhe nova tarefa, a de reprodução de linguagem seqüencial, com a contagem de números. Neste momento, então, B. recai na dúvida do seu próprio desempenho. No entanto, após a insistência e ajuda da terapeuta, iniciando a contagem dos números, B. consegue concluir a tarefa com êxito. Ainda assim, T¹. solicita-lhe nova prova de emissão de linguagem seqüencial, agora com os dias da semana. Daí em diante, B., perseverando na resposta anterior, não responde o que dele se espera, mesmo que T¹. tente auxiliá-lo.

Segmento 5

41. T¹. Não conseguia falá nada, agora consegue falá um pouquinho. Umhum. Então tá bom. Seu B., vamos fazer, então, alguns exercícios, que a gente já conhece? Aquele de contá de um a dez.

42. B.: *Às vezes eu consigo vê. Agora eu num sei se vô consegui, hein...*

43. T¹. Não tem problema, vamos tentá.

44. B.: *Quê qui cê qué vê? Quê qui eu vô?*

45. T¹. Contá de um a dez. Não tem problema se errá, se pará no meio, se errá.

Vamo só tentá.

46. B.: *Eu num, num tô entendendo... O quê qui cê qué?*

47. T¹. Umhum...

¹⁴ Expressão utilizada por Fonseca (1995:118), citando Lemos (no prelo).

48. B.: *Quê qui cê qué? Ten... tentá o quê?...*

49. T¹.: *Vamo tentá contá. De um a dez.*

50. B.: *[10 s.] Dê uma ex... Explique um pouquinho o quê qui é, o quê qui cê qué.*

51. T¹.: *Eu vô fazê, eu vô começá, tá bom? Um...*

52. B.: *Dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito, nove, dez... Dez...*

53. T¹.: *Tá bom, né? Tá bom até dez. Aí, que beleza!*

54. B.: *É porque, porque você me aju... Ajudô, né?*

55. T¹.: *Dei só o comecinho, depois foi sozinho, né?*

56. B.: *(Concorda com a cabeça.)*

57. T¹.: *Vamos ver os dias da semana?*

58. B.: *Do começo, que nem aconteceu no primeiro?*

59. T¹.: *Umhum. Domingo...*

60. B.: *Dois, três, quatro, cinco, seis, sete...*

61. T¹.: *Que aconteceu aqui?*

62. B.: *Cadê?*

63. T¹.: *Umhum...*

64. B.: *Fugiu.*

65. T¹.: *Que eram os números... Não os dias da semana...*

66. B.: *Pois é, mas fugiu, eu num... Num sabia...*

67. T¹.: *Tem dias, sabe, isso acontece, né, isso já aconteceu outras vezes, não tem problema. É isso que nós queremos ver, mesmo.*

68. B.: *Não, eu sei...*

69. T¹.: *Tá? Pra poder ajudar, né? Pra ver aonde é que tá mais difícil, pra podê, daí, lhe ajudá, tá bom? Vamo tentá mais uma vez os dias da semana?*

70. B.: *Vamo lá.*

71. T¹.: Vô falá dois, agora. Domingo, segunda...

72. B.: [5 s.] Oito, nove, dez, onze, doze.

73. T¹.: Tá? Os números de novo. Eu vô falá todos, tá? Domingo, segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado. Falei todos certos?

74. B.: *Pois é, mas é... É que pra mim, você sabe o que é, foge, foge tudo, assim.*

75. T¹.: Mas se tiver conversando, por exemplo: hoje é...

76. B.: *Catorze.*

77. T¹.: Sexta-feira.

78. B.: *Ah!*

79. T¹.: Hoje é sexta-feira. Então amanhã vai ser...

80. B.: *Dezessete.*

81. T¹.: Sábado, né?

82. B.: *Não tem...*

83. T¹.: Sábado... Sábado e domingo, daí, eu não venho aqui. Então eu só venho na segunda. Entendeu?

84. B.: *Mas pra mim, você sabe que, acontece, uma porção de, de... Num... Não tenho condições de pegá alguma coisa.*

No enunciado (67), a fala da terapeuta, diante da dificuldade de B. e de sua tendência a desistir da tentativa em prosseguir, é: “Tem dias, sabe, isso acontece, né, isso já aconteceu outras vezes, não tem problema. **É isso que nós queremos ver, mesmo.**” Esta fala parece corroborar o que já foi discutido em capítulo anterior, ou seja, que o teste-padrão é desencadeador do sintoma afásico. Isto significa, por exemplo, que, conhecendo as condições de um sujeito afásico, o teste só vem a confirmar – e é isso que o examinador parece querer saber, mesmo – a dificuldade que tal sujeito tem em executar bem as solicitações advindas

das provas específicas de testes-padrão avaliativos. Evidencia-se, no decorrer da amostra, que o tempo de latência¹⁵ entre a questão solicitada pelo investigador e a resposta do paciente é maior quando envolvido em situações diferentes das de diálogo, como nas provas de denominação, por exemplo. Então, qual o propósito em levar adiante esta testagem? No enunciado (69), a terapeuta anuncia a resposta a esta questão: “Pra ver aonde é que tá mais difícil, pra podê, daí, lhe ajudá, tá bom?” Em outros termos: identificando os pontos denunciadores das falhas lingüísticas do paciente, ali incidirão determinadas técnicas para que o paciente consiga alcançar o que antes lhe era impossível. Neste caso, seria a capacidade de iniciar e concluir certas seqüências de palavras?

No entanto, dizer a seqüência dos dias da semana foi inviável ao paciente. A terapeuta tentou auxiliar-lhe dando o início da série, como em (59) “T¹.: Umhum. Domingo...” ou em (71) “T¹.: Vô falá dois, agora. Domingo, segunda...”; tentando fazer com que B. refletisse sobre a própria resposta: (61) “T¹.: Que aconteceu aqui?”; explicitando-lhe (ou tentando explicitar-lhe) sua falha: (65) “T¹.: Que eram os números... Não os dias da semana...”; consolando-o: (67) “T¹.: Tem dias, sabe, isso acontece, né, isso já aconteceu outras vezes, não tem problema.”; explicando a finalidade de sua solicitação: (69) “T¹.: Tá? Pra poder ajudar, né? Pra ver aonde é que tá mais difícil, pra podê, daí, lhe ajudá, tá bom?”; incentivando-o: (69) “T¹.: Vamo tentá mais uma vez os dias da semana?”; falando a resposta que havia solicitado, em sua totalidade: (73) “T¹.: Eu vô falá todos, tá? Domingo, segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado.”; tentando inserir as palavras da série em elementos de uma frase: (75) “T¹.: Mas se tiver conversando, por exemplo: hoje é...”, (79) “T¹.: Hoje é

¹⁵ Considera-se como “tempo de latência” o tempo que o paciente leva até emitir a resposta à solicitação do terapeuta.

sexta-feira. Então amanhã vai ser...”, (83) “T¹: Sábado... Sábado e domingo, daí, eu não venho aqui. Então eu só venho na segunda. Entendeu?”.

Todas as estratégias utilizadas por T¹. foram em vão. B. não conseguiu responder-lhe a série dos dias da semana, estando preso à resposta anterior (a contagem de números) ou tentando explicar à T¹. as suas dificuldades. Concluindo como frustradas suas tentativas, T¹. volta a iniciar um diálogo com B. a partir de assunto que, possivelmente, considere como familiar ao paciente.

Segmento 6

85. T¹: Então conta, conta um pouco pra nós... A gente sabe que... O que qui tá acontecendo, né? Conta um pouco pra nós sobre sua família.

86. B.: *Até a minha televisão em casa...*

87. T¹: Umhum.

88. B.: *Ó, eu num sei, num tô, num sei nem o quê falando.*

89. T¹: Sabe sim, vamo lá, devagar, num tem problema.

90. B.: *Tem dia que não pega nada. E tem dia... Entendeu? Te falei, já?*

91. T¹: Umhum.

92. B.: *Mas quando tô sozinho. Assim, tudo a mêma coisa, várias coisa. Agora, aqui, difícil.*

93. T¹: Quando tá sozinho, quieto, daí fica lembrando de outras coisas.

94. B.: *(Concorda com a cabeça.)*

A fala de B., transcrita no enunciado (92), quando diz de sua capacidade para falar, merece atenção especial: “Mas quando tô sozinho. Assim, tudo a mêma coisa, várias coisa.

Agora, aqui, difícil.” Esta fala do paciente pode servir de exemplo para discutir sobre a dificuldade provocada por uma situação descontextualizada como a dos testes-padrão. B. poderia estar se referindo a outros momentos, nos quais a sua linguagem poderia fluir com menor dificuldade, e menciona “quando está sozinho”. Naturalmente, não é quando está sendo submetido a este tipo de avaliação.

Em seguida, a terapeuta, utilizando material previamente preparado, aplica-lhe novo teste. Desta vez, verifica a capacidade que o paciente tem em denominar objetos representados por figuras.

Segmento 7

95. T¹.: Então, Seu B., o senhor já conhece essas nossas figuras aqui, né?
Conhece?

A terapeuta estende-lhe papéis com figuras desenhadas. Sr. B toma-as nas mãos para olhá-las.

Segmento 8

96. B.: *Essas?*

97. T¹.: A gente já viu um outro dia?

98. B.: *Posso tentá.*

99. T¹.: É?

100. B.: *Cê vai me mostrá...*

101. T¹.: Vamos, vamo tentá falá o nome de alguma?

102. B.: *(Olha para as figuras, para a terapeuta e novamente para as figuras.)*
103. T¹.: Então vamo lá.
104. B.: *Esse?*
105. T¹.: Isso!
106. B.: *Mamão.*
107. T¹.: Hum...
108. B.: *Mão.*
109. T¹.: Mão.
110. B.: *(Volta a olhar para as figuras.)*

A terapeuta pega a figura das mãos do paciente, e dirige-se novamente ao câmara, voltando a figura que B. estava olhando em direção à filmadora, e de modo que B. não pudesse visualizá-la. Tratava-se da figura de um quadro dividido em quatro partes, cada uma contendo um desenho diferente. Acima, à esquerda, a figura de um garfo; acima, à direita, a figura de uma faca; abaixo, à esquerda, a figura de uma concha de feijão; abaixo, à direita, a figura de uma colher. Paciente referiu-se, até então, à primeira figura, qual seja, a do garfo.

Segmento 9

111. T¹.: Deixa eu só mostrá lá. Dá pra vê aqui? Este. (Mostrando a figura do garfo ao câmara.)
112. B.: *Não é?*
113. T¹.: Tá? (Dirigindo-se ainda à pessoa que está filmando.)
114. B.: *Não é?*
115. T¹.: Não é. Mas não tem problema. Vamo lá! (Devolve-lhe a figura.)

116. B.: *(Olha a figura de uma colher.) Cumê um ovo, cum... [15 s.]*

117.: T¹.: Pra quê qui serve, então?

118. B.: *[10 s.] Eu sei, mas me foge.*

119. T¹.: Umhum. Tem algum igual a esse daqui, aqui? Por aqui, no quarto?

120. B.: *Mas eu num consigo... Como é que pode isto, né?*

121. T¹.: Umhum...

122. B.: *Num consigo.*

123. T¹.: Esse daqui? *(Aponta para a colher.)* Eu falo que tem um aqui em cima da mesa, ó! *(Pega a colher de cima da mesa e mostra-lhe.)*

124. B.: *Pois é, mas eu num consigo...*

125. T¹.: Falá o nome?

126. B.: *Exato. É.*

127. T¹.: Mas dá pra sabê o que qui é.

128. B.: *Eu tô falando, mas não com... Não sai. É pra comê alguma coisa ali, ó.*

129. T¹.: Então tá bom. É uma colher?

130. B.: *Eu num, num sai daqui, o... (Aponta para a boca.)*

131. T¹.: O senhor escutou o que eu falei?

132. B.: *Sei.*

133. T¹.: Tá correto?

134. B.: *(Faz sinal afirmativo com a cabeça.)*

135. T¹.: Colher? Co-lher. Falei certo?

Vê-se como B., entre uma e outra tentativa de acerto, estranha a própria dificuldade:

(118) “B.: Eu sei, mas me foge.”; (120) “B.: Mas eu num consigo... Como é que pode isto, né?”. T¹. não coloca estas manifestações de B. em discussão. Procura sempre voltar à

aplicação da prova de denominação. A terapeuta, inclusive, parece não ouvir a resposta do paciente, como quando, ao indicar a figura da colher para que o paciente fizesse sua denominação e recebendo como resposta: (116) “B.: “Cumê um ovo, cum...”, pede a B., na seqüência: (117) “T¹.: Pra quê qui serve, então?”. Ora, o paciente já havia lhe respondido! Isto pode exemplificar, mais uma vez, como a linguagem não é transparente, o que torna pouco convincente os critérios utilizados para o julgamento do que está certo ou não, na produção do paciente.

À medida que a atividade avança, mais ainda B. espanta-se, tanto diante de seus erros, como diante de seus acertos, como também aparece nos enunciados do **segmento 10**, a seguir: (140) “B.: Não é possível. Não é im...”; (144) “B.: Mas é, é, loucura, isso!”; (146) “B.: Como é que pode uma coisa dessa, né?”; (148) “B.: Incrível!”; (152) “B.: Tá na língua esse... Isso aqui, não vem. Por quê? Por quê isso? Eu num consigo.”; (158) B.: “Eu tô tentando dizê, você falô dizê, mas não consigo. Fora de brincadeira, como é que pode isso?”. À revelia disso, B. continua sendo testado.

Segmento 10

136. B.: [7 s.] *Tem uma outra parte daqui que eu vou... Que eu vou tentá responder. Daqui.*

137. T¹.: Umhum.

138. B.: *É essa aqui. (Mostra a figura da faca.)*

139. T¹.: Hum.

140. B.: *Não é possível. Não é im...*

141. T¹.: *É possível.*

142. B.: *Faca de pão. Pô!*

143. T¹.: Isso, Seu B.! Ai, tô falando!

144. B.: *Mas é, é, loucura, isso!*

145. T¹.: Aos pouquinhos vai saindo! Tá vendo? Deixa eu só mostrá aqui. (A terapeuta retira a figura das mãos de Seu B. e de novo vira-as para a filmadora.) Então aqui foi difícil (apontando para o garfo), aqui também (mostrando a colher) e aqui então ele, ele conseguiu nomear (referindo-se à faca.)

146. B.: *Como é que pode uma coisa dessa, né?*

147. T¹.: Como que pode?

148. B.: *Incrível!*

149. T¹.: É. Nós já, eu já expliquei, né, Seu B., pro senhor.

150. B.: *Sei, sei.*

151. T¹.: Né? Como é que pode, o que tinha acontecido... (Devolve-lhe o material, agora em outra página, com outra figura.) Né? Vamo só vê mais uma figura, então.

152. B.: *Tá na lingua esse... Isso aqui, não vem. Por quê? Por quê isso? Eu num consigo. [10 s.]*

T¹ parece esquivar-se das explicações que B. lhe solicita. Diz-lhe: (149) “T¹.: É. Nós já, eu já expliquei, né, Seu B., pro senhor.”; (151) “T¹.: Né? Como é que pode, o que tinha acontecido...”, não se arriscando a fugir de sua meta anteriormente definida.

Segmento 11

153. T¹.: Pra quê qui serve? Vamos supor, esse daqui? (Aponta para uma bola.)

154. B.: *[8 s.] Não consigo.*

155. T¹.: Umhum.

156. B.: *Não consigo.*

157. T¹.: *Nem pra quê qui serve? Só contá pra gente pra quê qui serve.*

158. B.: *Eu tô tentando dizê, você falô dizê, mas não consigo. Fora de brincadeira, como é que pode isso?*

159. T¹.: *Não precisa falá o nome, só pra quê qui serve.*

160. B.: *[12 s.] (Faz gesto negativo com a cabeça.)*

161. T¹.: *É pra comê?*

162. B.: *Pra comê agora num pode, num existe, né.*

163. T¹.: *Han.*

154. B.: *[10 s.] De brincá, brincá, assim...*

155. T¹.: *Brincá... Brincá!*

156. B.: *É.*

157. T¹.: *Dá pra brincá, né?*

158. B.: *Mas é que não vem a... Não vem na minha...*

159. T¹.: *Umhum.*

160. B.: *O nome, sei lá.*

Neste momento, a terapeuta novamente retira o livreto de suas mãos, e volta-se para a filmadora.

Segmento 12

161. T¹.: *Deixa eu só mostrá... Nós estamos conversando a respeito... Deste.*

(Mostra a figura da bola. Ao lado direito da bola há a figura de uma bolsa. Abaixo da bola ,

uma boca e, ao lado da boca, uma bota. Depois devolve a figura para B.) Ah, tá bom. Não deixa de ser pra brincá, né?

162. B.: *(Concorda com movimento de cabeça.)*

163. T¹.: Jogá.

164. B.: *(S.I.)*

165. T¹.: Como? Cinta?

166. B.: *Não, ó! Não tem um, um... Não te o... Puxa vida, é incrível!*

167. T¹.: Não Seu B., mas olha aí, já tá, tá melhorando, nós tamo vendo.

168. B.: *Eu num tenho, eu num tenho idéia ali do quê... É tudo... Mas...*

169. T¹.: É tudo coisa...

170. B.: *Mas não tem uma idéia do quê... Do quê falá.*

171. T¹.: Do que falá. Porque é tudo coisa que o senhor conhece...

172. B.: *Claro! Tudo...*

173. T¹.: Né?

174. B.: *Incrível!*

175. T¹.: O senhor sabe, né? Lógico! E que a gente sabe que o senhor conhece, né?

176. B.: *Eu digo: ué, ah, pô! (Concorda com movimentos da cabeça.)*

177. T¹.: A gente sabe que o senhor é uma pessoa muito inteligente.

178. B.: *Exatamente...*

179. T¹.: Entende tudo e que... O que tá acontecendo é que não vêm as palavras.

Por isso que nós tamo trabalhando aqui também, né?

180. B.: *Agora me diga uma coisa: eu, pra voltá pra mim, vai voltá?*

181. T¹.: Se vai voltá...?

182. B.: *Exato.*

183. T¹.: Tudo.

184. B.: *É.*

185. T¹.: Ontem o senhor me perguntou isso.

186. B.: *Tô perguntando agora.*

187. T¹.: Antes de ontem também, o senhor me perguntou isso. Né? E eu respondo a mesma coisa, Seu B.: não posso afirmar.

188. B.: *Você vai tentá, pelo menos.*

189. T¹.: Nós vamos trabalhá! Né? Depois que o senhor for embora, o senhor vai fazer um tratamento, mas a gente não pode falá: olha, vai voltá tudo! Posso tá enganada. Ou então falá: não vai voltá nada! Também não posso, né? A gente tem que esperá, se cuidá, fazê o tratamento, que sejam melhores...

190. B.: *E por que, por que às vezes, também, a gente conversa...*

Deste último segmento transcrito, chama a atenção o enunciado (180) “B.: Agora me diga uma coisa: eu, pra voltá pra mim, vai voltá?”. Este dizer do paciente leva à reflexão sobre como a linguagem é constituinte do sujeito e como sua desintegração delinea também a perda da própria identidade do sujeito que convive com esta realidade. Será que a capacidade de ser pela linguagem pode voltar a B.? E será que, desse modo, ele volta para si mesmo? A terapeuta reage à pergunta de B. com certa aspereza, constatando o quanto ele já lhe fizera esta pergunta anteriormente: (185) “T¹.: Ontem o senhor me perguntou isso.” (187) “T¹.: Antes de ontem também, o senhor me perguntou isso. Né?”. Sua conclusão: (187) “T¹.: E eu respondo a mesma coisa, Seu B.: não posso afirmar.” Em nenhum momento sua pontuação fala da provável angústia que B. pode estar envolvido, seu medo de “perder-se”; sua resposta é para aquele indivíduo da categoria “afásico”. A resposta de T¹. parece ser análoga àquela comentada por Landmann (1984), quando refere-se ao poder do médico e sua posição autoritária em relação ao paciente:

Exige-se dos pacientes que se submetam ao manejo do médico, sem questionamento. A penalidade por um questionamento excessivo é em geral uma resposta grosseira (...) A grande maioria dos pacientes aceita o autoritarismo, que cresce à medida que aumenta a distância social entre o médico e o doente. O grau de autoritarismo é maior para os pobres e proletários, para os negros e para as mulheres, e à medida que a posição social do médico cresce, para todos os doentes (Landmann, 1984:264).

A diferença é que, no caso de T¹. e B., a relação não é entre médico e paciente, mas entre fonoaudióloga e paciente. No entanto, a opção de T¹. está muito mais vinculada ao entendimento médico (mais especificamente, da neurologia) a respeito da afasia e dos procedimentos avaliativos e terapêuticos eleitos para o contato com o paciente, do que a uma compreensão que aproxime a fonoaudiologia de outra área do conhecimento que não a medicina. Esta opção confere-lhe um *status* e, conseqüentemente, uma bagagem de atitudes conseqüentes deste atravessamento, incluindo sua tentativa em aplicar testes-padrão avaliativos no paciente, observada em toda a extensão da primeira amostra.

Primeiramente, uma avaliação preliminar da linguagem espontânea, a partir de perguntas direcionadas, feitas pelo investigador ao paciente. Depois, a avaliação da linguagem seqüencial ou automática – quando solicita que o paciente conte de um a dez e depois que recite os dias da semana – e, em seguida, a avaliação da linguagem narrativa espontânea, quando a terapeuta dá ao paciente um tema (a família) para que ele desenvolva. Por último, a proposta é avaliar a denominação de figuras apresentadas visualmente. Tais provas fazem parte de uma avaliação formal. São, inclusive, provas avaliativas descritas pelo neurologista Luria (1947; 1978), na sua proposta de avaliação neuropsicológica.

Originalmente, o objetivo desta testagem seria : (a) diferenciar os transtornos afásicos do paciente dos transtornos verbais do tipo não afásico; e (b) descrever o tipo de afasia, identificando a alteração primária e os sintomas secundários (Vieira, 1992). Identificar a alteração primária permite que o investigador suponha o local da lesão cerebral e elabore

estratégias terapêuticas que objetivem a compensação do déficit, tanto pelo favorecimento da neuroplasticidade, como pelo uso do que Luria chama de aferências-reserva. Por este princípio, se o paciente, por exemplo, não pode programar os movimentos articulatorios para a fala por perder a sensação da série de atividades desempenhadas pelos órgãos fonoarticulatorios (aferência cinestésica), deve recorrer à aferência visual como apoio (pelo uso do espelho ou da figura do próprio terapeuta, por exemplo) (Luria, 1978).

Considerando que este paciente já estava em atendimento, a aplicação destes procedimentos não teve intuito de obter uma hipótese diagnóstica do tipo de afasia da qual sofre e nem de levantar os sintomas apresentados pelo paciente. Parece que a terapeuta simplesmente pretendia registrar dados que caracterizassem determinado momento do uso da linguagem por este paciente enquanto de sua estadia no hospital, quem sabe para ulterior comparação com dados anteriormente ou posteriormente levantados. Como a terapeuta faz menção a exercícios semelhantemente já realizados pelo paciente em outros encontros que teve com a terapeuta (como no enunciado (41), no qual a terapeuta diz: “Seu B., vamos fazer, então, alguns exercícios, que a gente já conhece?”), tais exercícios parecem retratar o teor das sessões fonoaudiológicas realizadas. Assim, fazer narrativas sobre temas trazidos pela terapeuta, reproduzir seqüências automáticas de palavras ou denominar objetos e figuras parecem ser estratégias utilizadas terapeuticamente, trazendo conseqüências, já discutidas em capítulos anteriores, para o paciente e sua reabilitação de linguagem, como o apagamento de sua subjetividade e a impossibilidade de assumir uma posição de interlocutor ativo quando de sua participação numa atividade dialógica.

Na transcrição anteriormente reproduzida, observa-se não só o apagamento do sujeito B., mas ainda o apagamento da subjetividade da própria terapeuta, que assume tão firmemente sua função de examinadora, que poucas vezes refere-se a si mesma como “eu”, preferindo falar por um “nós” (fonoaudiólogos?), como quando fala: “Esse aqui é o nosso

amigo, Seu B.”; “É isso que nós queremos ver, mesmo.”; “Conta um pouco pra nós sobre sua família.”. Portanto, o que se tem, frente-a-frente, é um afásico e um profissional que o examina.

Entre esses dois interlocutores, portanto, estabelece-se uma relação assimétrica: a terapeuta, utilizando-se veladamente de mecanismos de controle e dominação conversacional, impede que o paciente tenha suas solicitações ouvidas e atendidas, já que são contrárias aos interesses de seu interlocutor. Enquanto o pedido do paciente é querer saber da emergência de seu sintoma, o interesse da terapeuta é concluir sua testagem, coletando dados lingüísticos específicos do paciente. Portanto, B. foi, repetidamente, “calado” de maneira velada.¹⁶ O objetivo da terapia, ao contrário disso, não era fazê-lo falar?

3.2. Segunda amostra

Esta segunda amostra compõe-se de diálogo entre o mesmo paciente da fita anterior e uma fonoaudióloga, agora em situação de atendimento individual, ainda que no próprio hospital onde B. esteve internado. Data do dia dezoito de novembro de 1997. Para facilitar a análise deste material, serão extraídos os fragmentos mais relevantes, já que a amostra é muito extensa.¹⁷

O registro em fita cassete deste atendimento inicia com uma fala da terapeuta, referindo-se a um objeto construído por B.. Trata-se de um jogo elaborado e feito por B. antes que tenha sido acometido pelos problemas causadores de sua lesão cerebral. Durante a sessão, os interactantes dividem suas falas entre momentos de entrega ao jogo e momentos de

¹⁶ Tereza Machado Maher (1991) discute a assimetria interacional a partir da análise de trechos conversacionais de falantes nativos e não-nativos de uma língua determinada. Tal discussão pode remeter-se a outras situações de desnivelamento entre interlocutores durante um diálogo, tal como a situação estabelecida entre paciente afásico e terapeuta da linguagem.

¹⁷ A segunda amostra completa encontra-se em anexo.

reflexão sobre o paciente e a maneira como se coloca diante de sua dificuldade de fala. A terapeuta “deixa-se levar” à medida que o diálogo se desenvolve, sem prever – e impedida, assim, de planejar – as suas possíveis interferências. Aproxima-se e distancia-se da cena em que está como participante, num vai-e-vem que caracteriza seu diferencial em relação a um parceiro dialógico qualquer.

Segmento 1

1. T².: Bonito isso, Seu B.! O senhor que fez?
2. B.: *É.*
3. T².: E o que que é isso? É um jogo?
4. B.: *É... Jogo!*
5. T².: É um jogo! E como é que joga isso, Seu B., me ensina!
6. B.: *(Manuseia o jogo.)*
7. T².: Isso, mostra pra mim como é que é.
8. B.: *Que... Ele é difícil.*
9. T².: É difícil de fazer, esse jogo?
10. B.: *Por isso... Que eu troxe ele...*
11. T².: Ahn...
12. B.: *Porque, né... Bom.*
13. T².: O senhor gosta de jogar esse jogo? O senhor joga esse jogo em casa? É?
14. B.: *(S.I.) Bom.*
15. T².: Vamos ver se dá certo.
16. B.: *Coloca.*
17. T².: Íchi, eu tô vendo que é difícil mesmo! (Risos.)

18. B.: *Viu esse qui é... (S.I.) Bem... Difícil.*

19. T².: *É difícil mesmo. Qual é o objetivo? Colocar essas duas aqui pra cima? Ahn?*

20. B.: *(S.I.) Só qui... Só cábri qui.*

21. T².: *Ahn, essa aqui, tem que tirar essas aqui.*

22. B.: *Só... Qui, ó!*

23. T².: *Só cabi aqui. Ahn! Legal, Seu B.. Então tenta que depois eu vou tentá uma vez, tá bom? É o senhor que fez esse jogo? Que legal!*

Observando este trecho acima já é possível diferenciar sobremaneira a proposta subjacente, a este encontro, daquela da primeira amostra. Neste segmento, temos que B. e seu jogo configuram o tema do diálogo que se estabelece e, sendo assim, B. torna-se personagem essencial para esclarecer o que apenas **ele** conhece: a sua produção, o seu jogo. A terapeuta, portanto, coloca-se em situação de igualdade com o paciente quando a questão é a explicação acerca da atividade trazida por ele, ainda que possa transitar com mais desenvoltura pelos recursos lingüísticos que dispõem os falantes de uma língua. A terapeuta pede-lhe, inclusive, que ele a ensine como se joga.

A lingüista Maria Irma Hadler Coudry, comentando sobre condições e estratégias presentes na prática clínica, menciona como o uso de agenda, de álbum de retratos, de caderno de atividades, entre outros recursos, permite que relatos espontâneos sejam mais facilmente produzidos pelos sujeitos afásicos, fornecendo ao sujeito “condições de ser predominantemente locutor, de ter a posse da palavra e a direção do diálogo” (Coudry, 1988: 87).

Tal como as estratégias descritas por Coudry, dar chance para que o paciente possa levar, para o encontro com a fonoaudióloga, um objeto produzido por ele, gera uma situação autêntica de diálogo, de modo a observar-se um movimento lingüístico-discursivo que passa

de interlocutor a interlocutor, pelo recorte e ressignificação de elementos encadeados no diálogo que se instaura. Tanto a terapeuta como o paciente retomam fragmentos da fala alheia e os reordenam, direcionando o relato e dando-lhe corpo. Como exemplo, temos a fala de T²., no início do **segmento 1**: (3) “T².: E o que que é isso? **É um jogo?**”, seguida pela resposta do paciente: (4) “B.: **É... Jogo!**” e novamente retomada pela terapeuta: (5) “T².: **É um jogo!** E como é que joga isso, Seu B., me ensina!” O “jogo”, elemento interrogado em (3), afirmado em (4) e reafirmado em (5), transita pela boca dos interlocutores, para então costurar todo o diálogo estabelecido entre ambos. Desta maneira, mesmo a expressão imprecisa do paciente pode ganhar novos contornos, como o “**Só cabri qui**”, emitido por B. no enunciado (20) e devolvido ao paciente, pela terapeuta, como “**Só cabi aqui.** Ahn! Legal, Seu B.”, no enunciado (23).

Ainda que hesitante, incompleta e lacunar, a fala de B. vai caracterizando o “jogo” colocado em discussão: um “jogo difícil”. Ao mesmo tempo, assinala o porquê de ter escolhido essa atividade para a sessão fonoaudiológica, como pode ser visto nos enunciados de (7) a (10): (7) “T².: Isso, mostra pra mim como é que é.”; (8) “B.: Que... **Ele é difícil.**”; (9) “T².: **É difícil de fazer, esse jogo?**”; (10) “B.: **Por isso... Que eu troxe ele...**” Em outros trechos da amostra, B. retoma este tópico, como no **segmento 2**, a seguir. Neste **segmento 2**, além de confirmar o porquê da escolha do jogo, B. ainda lança o que será o tópico que permeia toda a segunda amostra: sua estranheza em relação a sua dificuldade em estruturar a fala, ao compará-la com sua rapidez em resolver problemas que exijam raciocínio, como o jogo que traz à sessão.

O estranhamento de si mesmo, manifestado várias vezes por B., nesta sessão, vem dizer de um “sujeito que não encontra unidade [e que não tem controle sobre suas próprias produções], que se vê propriamente dividido” (Vieira, 1997:08). À terapeuta, é solicitada uma resposta, “(...) resposta que o terapeuta não tem e que precisa sustentar ali, esse vazio.

Falam de um processo de elaboração de uma perda, de elaboração de um luto” (Idem). T²., diante da sinalização incompleta e hesitante do paciente, devolve-lhe imediatamente a interpretação da fala de B., parecendo disposta a desenvolver o tema levantado por ele.

Segmento 2

27. T².: *É, esse tipo de jogo tem que ter raciocínio.*

28. B.: *Pois é... Eu, eu tinha isso aí... Gozado qui... Por isso... Por isso que eu troxe.*

29. T².: (S.I.) *Também não consegue fazer esse jogo.*

30. B.: *Não... É gozado isso aqui... Eu num... Sei.*

31. T².: *O que é gozado, Seu B.? Tenta explicá pra mim. O senhor acha gozado que o senhor consegue fazer isso?*

32. B.: *Por isso é... É que tem um... É, num sei.*

33. T².: *O senhor tá querendo me dizê que um jogo difícil como esse, o senhor consegue fazer bem.*

34. B.: *Exatamente.*

35. T².: *E falá não consegue.*

36. B.: *Eu troxe pra... Mas é... Que eu num sei... Eu acho.*

37. T².: *Aí o senhor pensa assim: falar que é tão fácil eu não consigo mais. É isso, seu...*

38. B.: *É isso mesmo. É isso mesmo.*

39. T².: *É. São duas coisas diferentes, né, Seu B.? O raciocínio, contas, matemáticas...*

Uma vez sinalizada a inquietação de B. quanto ao inconformismo sentido pelo fato de sair-se tão bem no solucionamento de atividades como a do jogo e com tanta dificuldade em

desenvolver um diálogo, T²., sempre que surge uma oportunidade, tenta retomar o assunto. B., por sua vez, diante da disposição de T²., nem sempre cede à abertura promovida por ela, embora concorde enfaticamente que esta é a sua questão, como observamos na resposta do enunciado (68), dada por B., à fala da terapeuta.

Segmento 3

63. T².: *É... Que coisa! Certeza que o senhor fez esse jogo, Seu B.?*

64. B.: *(S.I.) Faz tempo.*

65. T².: *Faz tempo, já. O senhor que cortô a madeira tudo certinho, lixô? Que legal! Esse jogo é muito interessante... Mas eu tava falando pro senhor, né, Seu B., são coisas diferentes. A possibilidade de pensá, o raciocínio, a inteligência e a fala, né?*

66. B.: *Pois é... Uma.*

67. T².: *Não significa que porque o senhor tá com dificuldade de falar, o senhor vai tar com dificuldade em tudo, na inteligência, no raciocínio. O senhor continua pensando, continua tendo sua inteligência, né?*

68. B.: *Sei... Ó... Aqui, agora, eu tenho qui... Voltá, aqui.*

É interessante notar, no trecho acima, como T²., conquanto indique acreditar na capacidade intelectual de B., duvida que tenha sido ele a criar o jogo: (63) “T².: *É... Que coisa! Certeza que o senhor fez esse jogo, Seu B.?*”

Segmento 4

160. B.: *Qui... Iss... Isso aqui... Ieu... É moleza pra mim. Mas eu quero ôtra coisa.*

161. T².: Anham, que coisa que o senhor qué, Seu B.?

162. B.: *Eu quero fazê uma (S.I.)*

163. T².: Deixa eu pegar um papel, pera aí. [6 s.] Que coisa, né, Seu B., pro senhor esse jogo é tão fácil, é moleza, pra mim é tão difícil.

164. B.: *É... Pra você é moleza. É... Você, é.*

165. T².: Pra mim não é moleza não, esse aqui.

166. B.: *Não (S.I.).*

167. T².: Pro senhor, é moleza.

168. B.: *Qui... Aqui... Ó.*

169. T².: Hum!

170. B.: *Podia sê num sei quantos dias... Tá... Tá, eu conseguia... Não adianta... Ó.*

171. T².: O senhor não esquece isso.

172. B.: *Não... Não... Aqui, ó... Isso aqui, ó.*

173. T².: Os números.

174. B.: *Isso aqui... Qui... Tá terível pra mim por que... por que, eu pergunto? Ai é o lado.*

175. T².: Anham, tá. O senhor qué lembrá a seqüência dos números.

176. B.: *Exatamente... Eu... Ó!*

177. T².: Então vamo lá.

178. B.: *Eu... Eu... Se eu sei ó a...*

179. T².: Pode pegar o papel aqui, tem duas folhas. Unhum. [10 s.]

180. B.: *I... A...*

181. T².: Vamos ler os números comigo, Seu B..

182. B.: *Pois é.*

183. T².: Vamo tentá. Um, dois...

184. B.: *Sim, ó, ieu... Ieu... I, aí... Aí que me... Por que isso? Isso... Eu não consigo.*

185. T².: *É, a gente conversou semana passada né, Seu B.? O senhor tava me perguntando, né, por que tem horas que dá, que o senhor consegue falá; tem horas que não dá. Por que número é tão difícil. Hoje o senhor chegou, né, com uma pergunta: por que esse jogo que pra maioria das pessoas é tão difícil e pro senhor é fácil, e números, que todos sabem escrever, os números, e falar os números, pro senhor é tão difícil, né?*

186. B.: *Qui ieu... Ieu... Bastante... Ieu ôtas coisas tamém... Eu fiz... De coisas difícil... Só isso.*

Sob o mesmo motivo que leva o paciente a questionar a contradição entre suas manifestações linguísticas e seu intelecto, B. coloca em cheque, como foi demonstrado no **segmento 4**, sua dificuldade em contar números serialmente, tarefa que foi valorizada pelo acompanhamento fonoaudiológico anterior e exemplificada na primeira amostra. O paciente explica o quanto que contar os números pode ser tarefa simples e que, no entanto, não consegue fazê-lo. (Será que o treinamento, proposto pela fonoaudióloga anterior, não o auxiliou?)

Ao mesmo tempo, T². destaca o quanto o jogo que o paciente lhe propõe “não é moleza” e como ela, a terapeuta, sente dificuldades em descobrir sua solução: (163) “T².: Que coisa, né, Seu B., **pro senhor esse jogo é tão fácil, é moleza, pra mim é tão difícil!**”. Com isso, existe uma modificação na assimetria da relação terapeuta-paciente, ganhando, o paciente, o *status* de quem pode algo que a terapeuta não pode conseguir, ainda que o paciente resista a crer nesta possibilidade, tal como foi demonstrado no enunciado (164), quando o paciente devolve a seguinte fala à terapeuta: “B.: **É... Pra você é moleza. É... Você, é.**”, sendo, então, interpelado por T²., que afirma a capacidade de B., em (165): “T².: **Pra mim não é moleza não, esse aqui.**” e em (167): “T².: **Pro senhor, é moleza.**”

É bastante evidente como, na abordagem de T²., o foco de atenção é o paciente e não um determinado procedimento terapêutico como a testagem padrão. Aqui, o desenrolar do diálogo é o que interessa, supondo que o paciente é seu condutor.

A terapeuta desta segunda amostra, valorizando as capacidades de B., não só duvida que irá desempenhar com sucesso algo que o paciente consegue fazer com facilidade, como também pede ajuda a ele, como podemos observar nos segmentos de (5) a (7), reproduzidos a seguir. Este ponto merece especial destaque e parece caber muito bem diante das dúvidas de B. acerca de suas habilidades intelectuais.

Segmento 5

45. T².: E o senhor consegue saber do macete ainda? Quero ver o senhor tirá daí. Ah, eu quero tentá depois, Seu B.. **Será que eu consigo?**

Segmento 6

111. T².: Assim. Ai, ai, ai... Seu B., **me ajuda aí**. Pra cá. Assim. Aqui, já me ajuda. Aí! Pra cá. Assim. Aqui já me embananei de novo, não adianta.

112. B.: *Um só.*

113. T².: Um só?

114. B.: *É isso... É isso.*

115. T².: **Inda bem que o senhor me ajuda.**

Segmento 7

151. T².: Anham... Seu B., sabe duma coisa? Acho que tenho que treiná muito pra conseguí fazer isso.

152. B.: *Ó lá, ó!*

153. T².: Faiz pra mim, faiz. **Deixa eu aprendê com o senhor.**

Todavia, investir no diálogo como recurso preferencial, não impede que possa ser utilizada, na terapia, alguma atividade específica mais controlada, principalmente quando tal atividade é solicitada pelo próprio paciente. Entre os objetivos que justificam o uso, pela terapeuta, de “situações artificiais mais controladas” em terapias que têm, como centro do trabalho, a atividade dialógica, Coudry menciona o de “relativizar a imagem estereotipada de uma terapia anterior assentada na atividade metalingüística” (1988:77). É sabido, no caso de B., que a terapia a qual submeteu-se anteriormente era planejada, essencialmente, em atividades metalingüísticas. Em virtude da queixa do paciente em não conseguir fazer a contagem de números, serialmente, a terapeuta lhe propõe, portanto, que faça esta produção: (181) “T².: Vamos ler os números comigo, Seu B.?”; (183) “T².: “Vamo tentá. Um, dois...””. Porém, parece que B., já ocupando outro lugar na situação terapêutica, não corresponde à solicitação de T².

Segmento 8

181. T².: Vamos ler os números comigo, Seu B.?

182. B.: *Pois é.*

183. T².: Vamo tentá. Um, dois...

184. B.: *Sim, ó, ieu... Ieu... I, aí... Aí que me... Por que isso? Isso... Eu não consigo.*

185. T².: *É, a gente conversou semana passada né, Seu B.. O senhor tava me perguntando, né, por que tem horas que dá, que o senhor consegue falá; tem horas que não dá. Por que número é tão difícil. Hoje o senhor chegou, né, com uma pergunta: por que que esse jogo que pra maioria das pessoas é tão difícil e pro senhor é fácil, e números, que todos sabem escrever, os números, e falar os números, pro senhor é tão difícil, né?*

Diante do impasse de B. em prosseguir na contagem de números, (184) “B.: Sim, ó, ieu... Ieu... I, aí... Aí que me... Por que isso? Isso... Eu não consigo.”, não há insistência de T². para que ele cumpra a tarefa, afinal não é isso que está em jogo. A questão, sempre repetida, é o contraste entre a facilidade que B. tem em realizar atividades consideradas complexas e entre a dificuldade ou impossibilidade de reproduzir falas tão facilmente produzidas por outras pessoas. T²., como das outras vezes, resgata o assunto. Observa-se como a fala de T². ganha ênfase a cada nova investida sobre este tema, inclusive com o aumento de seu volume verbal, como que na tentativa de convencer B. de que não pode comparar sua capacidade intelectual com sua habilidade verbal. Afinal, como já foi discutido anteriormente quando da mencionada relação cérebro-linguagem em capítulo anterior, uma das formas de compreender esta relação é entendê-la como relação de implicação, e não de submissão. Parece que a fala da terapeuta, aqui, está contaminada por este princípio. Contudo, como se pode ver no **segmento 9**, a própria terapeuta deixa escapar uma fala contrária àquilo que tão insistentemente tenta convencer o paciente, reproduzida no enunciado (205), quando usa o tempo passado (“era”) para referir-se à inteligência de B..

Segmento 9

205. T².: O senhor tava me falando, o senhor **era** um cara que **era** super inteligente.

206. B.: *Eu er... Eu... Era ótimo.*

207. T².: Ótimo em conta, ótimo em jogo.

208. B.: *Mas tudo, tudo, aqui... Qui, aquilo. (Risos.) Como se chama... Aquele.*

A forma com que T². reage diante de sua própria dificuldade em resolver o jogo proposto por B. (segmento 10) também a trai no sentido de considerar “uma vergonha” não resolvê-lo. Se para ela pode ser vergonhoso não conseguir concluir o problema trazido pelo paciente, como será, para ele, não conseguir contar os números ou expressar-se como gostaria?

Segmento 10

T².: Ah! Agora entendi! **Ô, Seu B., que vergonha, hein? Eu não consigo fazê essas coisa.** Bem, esse número já foi, esse já foi, esse já foi.

O segmento seguinte (**segmento 11**) é mais extenso que os outros e corresponde a um momento próximo ao final da terapia. O tema central continua sendo a mesma inquietação do paciente mencionada anteriormente. A diferença é que, no **segmento 11**, o assunto é colocado em discussão por maior tempo, o que parece permitir tanto a argumentação da terapeuta quanto a do paciente. B. pode expressar seu sentimento de revolta diante de sua situação: (368) “B.: Pomba, eu num... Eu fico doido com isso!”; (370) “B.: Fico lôco cum isso!”. As expressões “doido” e “louco” são repetidas outras vezes pelo paciente, durante esta

terapia (e em outras também). Tais expressões, por mais que sejam emitidas diante de uma situação de tensão e possam ser utilizadas usualmente por pessoas que não se encontrem na mesma situação de B., carregam o valor de retratamento de uma condição imposta por um estigma e pelo estranhamento de si mesmo, tal como pode ser vivenciado por alguém perturbado emocionalmente. Desse modo, tal como compreendida a “loucura clássica”, o “ficar doido” de B. “ilustra a verdade abafada do erro; é considerada [a loucura] obliquamente, em sua dimensão negativa, porque é uma prova a contrário daquilo que é, em sua natureza positiva, a razão” (Foucault, 1972:509).

O motivo de B. “ficar louco” é a inviabilidade de conseguir expressar-se como as demais pessoas (“normais”), e ele se fixa em sua dificuldade em falar a seqüência de números. Não se pode ignorar a provável importância que cumprir esta solicitação (de fazer uma contagem) seja reconhecida como prova de seu equilíbrio como falante de uma língua, já que era parte de uma rotina em acompanhamento fonoaudiológico anterior; mais do que isso, era prova medidora de melhora, estabilização ou piora do seu quadro.

Segmento 11

364. B.: *I... Prá... Prá mim, isso aí eu faço brincan... Brincando, isso aí.*

365. T².: Brincando!

366. B.: *Mas... Qui nem eu pergun... Agora (S.I.) É um...*

367. T².: Pra falar é que nun dá.

368. B.: *Unhum... Pomba, eu num... Eu fico doido com isso!*

369. T².: Agora, é, o senhor se prende, tá se prendendo muito, né, Seu B., em falar esses números aqui. Falar um, dois, três, quatro. Daí o senhor fica tão chateado que esses números, o senhor não tá conseguindo falá. Chega na hora, tanta coisa que o senhor tá

falando, que você num tá nem vendo. O senhor me explicô um jogo, Seu B., que eu não tava entendendo, né? E como é que foi, como é que eu entendi o que que tinha que fazê aqui? Como é que eu entendi, Seu B., que tinha que ser a soma de quinze? O senhor falô.

370. B.: *Pois é... É, sei... Mas troquei isso, eu... Eu fico... Fico lóco cum isso.*

371. T².: Lembra que eu falei pro senhor que tem pergunta que não adianta ficá fazendo sempre de novo, sempre?

372. B.: *E... eu lembro.*

373. T².: É que a dúvida não vai ajudar o senhor, Seu B., ficá repetindo: por quê por isso? Por que aquilo? O que quero que o senhor entenda, Seu B., que falar a seqüência de números, de um a dez, talvez não seja tão importante pro senhor – agora, né, pro senhor ficar tentando falar isso, né? A... Ao passo que o senhor pode ver quanta coisa que o senhor tá conseguindo falá. Se o senhor não consegue falar a seqüência de números, o senhor tá conseguindo falar outras coisas muito mais importantes. O se... Senhor tá conversando comigo, Seu B.. O senhor tá me explicando, o senhor me explicô o jogo. Qui eu não entendi porque eu sou meio burrinha na conta.

374. B.: *(S.I.)*

375. T².: Mas, olha só, o senhor mi explicô, o senhor colocô os números, né, aí eu entendi. Primeiro o senhor fez isso aqui, ó, e achei que era o jogo da velha. O senhor falô que não, não é o jogo da velha, né? O senhor que me falô que não é. Aí o senhor escreveu, o senhor me colocô todos os números aqui embaixo. O senhor, o senhor que me explicô, o senhor falô assim, ó: olha, você tem que colocá esses números aqui, todos esses números dentro de cada... um número dentro de um quadradinho. E eu fiquei pensando, que não sei fazê esse jogo, o senhor que me explicô.

376. B.: *Tá, cê tava brincando comigo.*

377. T².: Eu não tô brincando não, Seu B.. Eu realmente não sei, né? Aí o senhor, aí o senhor me explicô assim, daí o senhor me deu uma dica, né? Colocô alguns números, coloca outros números. Aí eu falei: não, não entendi. Aí o senhor me falô: os números tem que dar soma de quinze. Aí eu entendi que era soma deles todos... Não! É a soma de cada linha.

378. B.: *(S.I.)*

379. T².: Então veja, Seu B., o senhor foi me explicando ponto a ponto.

380. B.: *Veja, tem é... Uma coisa qui eu... Me fic... Eu fico... Doido com isso... Por que... Caramba!*

381. T².: Unhum... Porque que eu tô, porque eu tô falando isso, Seu B., porque... tentar mostrar pro senhor, né, por mais difícil que seja pra... Pro senhor, falar hoje, né, por mais doído que o senhor fique, tem tanta coisa que o senhor tá falando, né? Então, ó, o senhor me explicô o jogo inteirinho, Seu B.!

382. B.: *A... Um... Ai... Quantas vezes nós tivemos juntos... Senhora.*

383. T².: Conta lá quantas vezes, Seu B..

384. B.: *Um, dois, três.*

385. T².: Três vezes, hoje é a terceira vez.

386. B.: *É... Tá... É... Tá bom, né? Ah...*

387. T².: O que o senhor acha?

388. B.: *I... Ótimo!*

389. T².: *(S.I.)*

390. B.: *Io... Ieu junto... Junto.*

391. T².: Junto comigo.

392. B.: *É... É diferente... Pô... Pô!*

393. T².: O senhor consegue conversar comigo?

394. B.: *Exatamente.*

395. T²: Anham... Que bom, Seu B.!

396. B.: Bom... *Aí ieu fico.*

397. T²: Unhum...

398. B.: *Fiquei.*

399. T²: É isso mesmo que a gente faz quando o senhor vem, a gente conversa, Seu B., né? E com evolução pro senhor, né? Por mais difícil que seja, tem uma possibilidade aí, né, o senhor, de conversar comigo.

400. B.: *Eu fiz uma... Uma... Por porção de de... De... De... É... De... Issa qui.*

401. T²: De contas?

402. B.: *Exatamente. Mais...*

403. T²: Encher o caderno de contas em casa.

404. B.: *Daí... Ah... Depois de... Uma... Duas veiz, quato, cinco, daí eu...*

405. T²: O senhor contô os números, tá vendo?

406. B.: *Pois é, né?!*

407. T²: Uma, duas, três, quatro. Mas é bom o senhor vê isso. Porque agora, Seu B., tem u...

(Neste momento, acaba o primeiro lado da fita cassete com a gravação da sessão fonoaudiológica. A seguir, o diálogo continua, assim que o outro lado da fita começou a rodar.)

408. B.: *(S.I.)*

409. T²: Se o senhor conseguir falá? Agora.

410. B.: *Não.*

411. T²: Acho que sim, Seu B.. Agora, agora, é, não ficar falando os números que neim papagaio: um, dois, três, quatro – mas na conversa, Seu B.. Na conversa, que é importante, o senhor conseguiu me contar isso. Não é legal isso?

412. B.: *É... Eu acho... Eu acho que eu... Falei isso ali, pô!... Na... Poquê eu na...*

Num tava pensando.

413. T².: Eu não acredito nisso.

414. B.: *Será? Ficá pensando... Caramba! Eu num...*

415. T².: *É... É diferente quando o senhor pensa assim: eu quero falar os números um, dois, três, quatro, daí às vezes não tem esse controle, mas na hora da fala que o senhor queria me contar uma coisa importante sobre os números, quantas vezes o senhor veio aqui, quantas vezes o senhor fez a conta em casa, o senhor conseguiu contá. Pra mim, isso é mais importante, Seu B., do que falá os números em seqüência.*

416. B.: *É.*

417. T².: *É. Eu sei que isso é importante pro senhor. O senhor fica chateado de não conseguí. Né? O que eu só queria que o senhor visse hoje, Seu B., né... Também, isso o senhor já consegue falar – os números em seqüência, mas tem tanta coisa que consegue. O senhor consegue me explicá, o senhor conseguiu me explicá como funciona um jogo. (S.I.) (Neste momento, o telefone da sala da fonoaudióloga toca. Ela lhe pede licença e o gravador é desligado para ser novamente ligado após terminar a conversa ao telefone.) Então, tava falando pro senhor, o senhor conseguiu me explicá esse jogo que eu não conseguia aí, qué dizê, se eu praticá bastante, talvez eu consiga, né?*

418. B.: *Claro... Claro... É lógico... É lógico.*

419. T².: *É, mas não consegui. O senhor me explicô esse jogo, né, Seu B.? É, e a questão, Seu B., a nossa inteligência é diferente em cada pessoa, o raciocínio é aquilo que eu falei pro senhor, isso é da característica de cada um, né? O senhor vai ter coisa que vai fazê com muito mais facilidade do que eu, Seu B.. O senhor é melhor que eu pra contas, o senhor é melhor que eu pra jogos que envolvam, assim, pensamentos rápidos.*

420. B.: *Aqui, ó... A... Aqui que é o problema.*

421. T².: Eu sei. O que incomoda pro senhor é a sua fala, num é? Mas é, por mais difícil que seja sua fala, o senhor tá conseguindo conversar comigo muitas coisas. Isso que eu quero que o senhor veja. I outra coisa que eu quero que o senhor entenda, né, é que tem muita coisa de bom aí, ainda, né?

422. B.: *Será?*

423. T².: Seu raciocínio, sua capacidade de pensá. A sua garra, a sua vontade de melhorá, isso é muito bom.

424. B.: *I... I o tempo... O tempo.*

425. T².: Unhum.

426. B.: *Ói, tem dia que ieu vo... Ao... Esses.*

427. T².: Pensa que tá nos números, ali.

428. B.: *Enche.*

429. T².: E aí enche, né, Seu B.? Aí esquece de tudo.

430. B.: *É... Mas tem dia, é... Vai bem e tem ôto... Outros dia... (S.I.) Num sei.*

431. T².: Unhum... É.

432. B.: *Por isso... Qué ó.*

433. T².: O senhor tá vindo aqui pra falá dessas coisas comigo, Seu B., pra conversá comigo sobre essas coisas que lhe incomodam, também.

434. B.: *(S.I.) Isso... Legal.*

435. T².: Isso é legal, o senhor podê me contar essas coisas, né? Eu acho bem legal também, Seu B.. Pra mim é super legal o senhor vir aqui e conversá comigo, né? E o senhor achou no começo que não tinha nada pra falá, que não podia falá nada, né, Seu B.? Tem tanta coisa que dá pra falá, né?

436. B.: *Nã... É... Num vô falá mais.*

437. T².: Unhum... (S.I.) Desse negócio assim, né, Seu B.?

438. B.: *Não... Não.*

439. T².: (Risos.) Num fãla mais, tá, né, Seu B., dêxa aí. Qué que eu desligo? Desligo.

440. B.: *Não... Carana! Pomba! Ocê... É... Fora de brincadêra!*

441. T².: Que legal, né, que o senhor pôde procurar ajuda aqui no hospital de novo, né, Seu B.?

442. B.: *Ôpa!*

443. T².: É, é isto o que eu acho mais bacana, Seu B., é que o a gente tá fazendo aqui. Aqui o que nós dois fazemos é justamente aquilo que o senhor acha que é mais difícil pro senhor, que é conversá, né? Isso que nós fazemos o tempo todo, né? Isso que eu acho mais bacana. E o senhor me ensina muita coisa também. Não sou só eu que ensino pro senhor não, Seu B..

A argumentação de T². observada acima, no **segmento 11**, repete-se sempre em torno das mesmas idéias: de como B. é capaz de formular, resolver e ensinar um jogo para ela; que a contagem de números não é tão importante quanto a capacidade que ele tem de expressar-se espontaneamente; que ter dificuldades para falar não implica em estar limitado intelectualmente; que o paciente tem, na terapia fonoaudiológica, a oportunidade de conversar, e que é isto que vai auxiliá-lo na reabilitação.

O paciente, por sua vez, inicia este trecho expressando sua revolta diante da situação de ter dificuldades na fala. Depois, aparenta não acreditar que o que a terapeuta lhe diz possa ser levado a sério: (376) “B.: Tá, cê tava brincando comigo”, até começar a ceder diante da argumentação da terapeuta, quando é flagrado fazendo a contagem serial dos números ao responder à terapeuta de quantas vezes já tinha vindo para as sessões de fonoaudiologia, em conversa espontânea: (382) “B.: Quantas vezes nós tivemos juntos... Senhora.”; (383) “T².: Conta lá quantas vezes, Seu B.”; (384) “B.: Um, dois, três.”; (385) “T².: Três vezes, hoje é a

terceira vez.”. A contagem serial se faz ainda mais uma vez quando B. explica à fonoaudióloga quantas vezes já tinha praticado as contas, escrevendo-as num caderno, em casa: (400) “B.: Eu fiz uma... Uma... Por porção de de... De... De... É... De... Issa qui.” (401) “T².: De contas?” (402) “B.: Exatamente. Mais...” (403) “T².: Encher o caderno de contas em casa.” (404) “B.: Daí... Ah... Depois de... Uma... Duas veiz, quato, cinco, daí eu...”.

Diante da situação real de falar bem uma série de números num contexto distinto daquele formado pelos testes-padrão, parece que B. aliviou a tensão expressa no início do segmento, ao contrário do que ocorreu na primeira amostra. Quando B. estava em terapia com T¹., foi verificado como, do início para o fim da sessão, o paciente mostrava-se cada vez mais desanimado, calado e demonstrando o sentimento de ser incapaz. Ao contrário disso, nesta segunda amostra, perto do encerramento da sessão, parecendo convencido de que possuía capacidade considerável em se comunicar, B. arrisca contar um fato relacionado a sua vida cotidiana, como está demonstrado no **segmento 12**.

Segmento 12

515. T².: Pode falá, Seu B., eu quero entendê o senhor. Acho que vale a pena tentá falá de novo pra mim.

516. B.: *Não consigo... A... Minha fila, ela... É... Ela foi trabalhá.*

517. T².: Ai! Conseguiu! E ela foi trabalhá e saiu do seu trabalho pra trazê o senhor?

518. B.: *Não, não, não, ela tá trabalhando... Só que ela... Ela cá comigo aqui... Ma... Ela saiu a...*

519. T².: Ah! Ela foi fazer alguma coisa do trabalho dela.

520. B.: *Ela... Num sei a... Tem dia que ela...*

521. T².: Com que qui ela trabalha, Seu B.?

522. B.: *Ah... Pucarina!*

523. T².: Ela trabalha com vendas, alguma coisa com vendas?

524. B.: *É... É também.*

525. T².: Unhum... Ela visita clientes?

526. B.: *Isso. (S.I.)*

527. T².: Ela aproveita enquanto o senhor tá aqui, ela vai trabalhá?

528. B.: *Ó... Queles lado, ó...*

529. T².: Ela vai longe, é? Ela vai de carro, sempre?

530. B.: *Tem... Tem (S.I.)*

531. T².: Anham, aí fica fácil, né? Bom, viu como eu entendi, Seu B.? Dixa eu ver se eu entendi. O senhor táva querendo me falá que a sua filha, ela trabalha de carro, né, ela, no trabalho dela, ela anda bastante, ela visita clientes.

532. B.: *Isso.*

533. T².: Aí no dia que o senhor vem, ela pega o senhor, traz o senhor aqui, enquanto o senhor tá aqui, ela faz alguma coisa por aqui, depois vem buscá.

534. B.: *I... Isso.*

535. T².: Viu como entendi o que o senhor me falô? Viu, que legal?

536. B.: *Que dá... Dá!*

537. T².: Era isso? Era, Seu B.? Eu espero até semana que vem, tá bom?

538. B.: *Muito obrigado.*

Este segmento acima mostra o desfecho da sessão: o paciente relatando um fato de sua vida (“Que dá... dá!”). A terapeuta, percorrendo a direção traçada por B., no diálogo, estabelece, a cada momento, o contorno da história relatada por ele. Ao mesmo tempo, retoma o que tão exaustivamente tentava discutir com o paciente: sua capacidade de se fazer

entender, sua capacidade de desenvolver um diálogo. O agradecimento do paciente, encerrando o segmento, vem como resposta à confirmação da terapeuta que o estará aguardando na próxima semana. “Muito obrigado.” (Por lhe ouvir? Por lhe dar a palavra?)

3.3. Comentários sobre as amostras

A escolha das duas amostras anteriormente analisadas aconteceu, justamente, pela diferença de posicionamento entre T¹. e T². diante do mesmo paciente, situação que permitiu a visualização e compreensão sobre a finalidade de determinadas interferências, realizadas por cada uma das terapeutas, sobre as manifestações lingüísticas do sujeito afásico. As amostras contribuíram, assim, para a reflexão sobre o fazer terapêutico da fonoaudiologia e retrataram um momento particular vivido por sujeitos revestidos de papéis determinados (os de terapeuta e paciente). Sendo assim, não podem encerrar em si toda “A Verdade” do que é uma terapia de linguagem e nem servem de modelo ideal do que é “Ser Terapeuta”. Tais exemplos também não foram escolhidos a fim de ilustrar a evolução do paciente após algumas sessões de terapia, visto que não se poderia comparar resultados de evolução lingüística do paciente a partir de propostas terapêuticas tão divergentes. O intuito é permitir o levantamento de pontos-problema e sugerir ao afasiologista, e a quem mais possa interessar-se pelo tema aqui tratado, uma maneira peculiar de olhar o dado. A partir deste olhar, o profissional teria a chance de rever sua forma de atuação e de estabelecer, nela, um diferencial.

Foi observado, por exemplo, como o paciente retorna sempre à mesma questão, em ambas as amostras: o de não reconhecer-se diante de sua fala afásica, mostrando-se inconformado com a contradição entre sua capacidade intelectual e sua produção lingüística. É surpreendente como, mesmo depois de tanto tempo (já que entre uma amostra e outra há

um espaço de, aproximadamente, um ano), o paciente refira-se a este inconformismo de forma tão eloqüente. Uma das hipóteses levantadas para este comportamento do paciente pode ser a oportunidade limitada que teve, durante o primeiro tratamento fonoaudiológico, de elaborar a perda de sua habilidade lingüística, perdendo, assim, o reconhecimento de si mesmo (“será que eu vou voltar pra mim?”). Por outro lado, esta questão do paciente foi exaustivamente discutida na segunda amostra, quase em exagero. É visível a insistência de T² em retomar o assunto sinalizado pelo paciente; inclusive, no afã de T² em convencer o paciente de que continuava com sua integridade intelectual, ela acabava por produzir um discurso confuso e longo demais, o que não seria recomendado se se considerasse a dificuldade lingüística do afásico. No entanto, a segunda amostra é concluída pela confirmação do potencial discursivo (e intelectual) do paciente, quando este anima-se em contar sobre sua filha, fato que pode somente ter sido possível de acontecer pela, então, necessária, insistência de T² em fazer com que o paciente refletisse sobre seus potenciais, deixando de valorizar tanto os seus déficits.

Por fim, quando a pretensão é descobrir quais estratégias lingüísticas são inibidoras ou deflagradoras da fala do paciente, também é preciso entender “de que fala se fala”, ou seja, entender que o valor do discurso produzido pelo paciente afásico vem muito mais da possibilidade dele se manifestar como sujeito da língua do que como indivíduo conhecedor de um código lingüístico comum. Ao mesmo tempo, é necessário aceitar que não existe uma fórmula ou um método de trabalho que preveja o uso de determinadas construções lingüísticas que sirvam de resposta ao paciente, conduzindo, inevitavelmente, à sua recuperação, mas que o delineamento do perfil profissional deve ser fortalecido por um posicionamento teórico-prático amadurecido e dimensionado pela experiência na clínica.

Capítulo 4: Considerações finais

“Sentir é estar distraído” (Fernando Pessoa, 1980)

Antes de dar por encerrada esta dissertação, é preciso ainda examinar o influxo de determinados pressupostos teóricos sobre a análise, tanto das propostas de reabilitação do paciente afásico, mencionadas no primeiro e segundo capítulos, como dos dados discutidos no terceiro capítulo do trabalho. Afinal, para dar forma a este estudo, foi inevitável o atravessamento de diferentes áreas do conhecimento, encontro que só pôde acontecer por estarem interseccionadas por fundamentos comuns. Desse modo, o dado originado da clínica fonoaudiológica pode ser lido sob inspiração encontrada, por exemplo, nas teorizações da lingüística. Este processo de análise é ainda corroborado pelo reconhecimento de que tal atravessamento acontece não apenas no momento da contemplação do dado, mas também no interior da clínica, transformando-a.

Maria Antonieta Alba Celani (1998), desenvolvendo o tema “transdisciplinaridade na lingüística aplicada no Brasil”, lembra das palavras de Sommerville (1993):

As disciplinas podem ser consideradas como ondas que avançam separadamente mas se misturam quando chegam à praia... Como acontece com o mar, pode haver tempestades, maremotos e também calmaria.

O texto produzido ao longo deste ensaio floresce em meio a estes encontros de águas e nem todos seus frutos estão amadurecidos. É custosa a tarefa de descobrir possíveis pontos de confluência, sem perder de vista as especificidades de cada área do conhecimento envolvida no estudo de determinado fenômeno. Ainda assim, serão sinalizados os pressupostos teóricos imanentes nesta pesquisa.

Retomando que o foco de interesse, aqui, é a manifestação lingüística do paciente afásico e os efeitos, nela produzidos, pela interferência do terapeuta no processo de reabilitação, já esteve definido, de antemão, que o olhar aos dados não poderia se restringir ao estudo objetivo da língua e nem ao limite da frase, estendendo-se à consideração do discurso, da subjetividade na linguagem e dos mecanismos de produção de sentido. Daí, já ocorre o distanciamento da provável relação de submissão entre linguagem e cérebro, facilmente aceita por quem associa a manifestação afásica (sintoma observável) à lesão orgânica, numa correspondência causal, cujo posto hierárquico máximo é a determinação biológica. Portanto, é o funcionamento da linguagem que está em discussão na situação dialógica estabelecida entre os sujeitos personificados em “paciente” e “terapeuta”.

A linguagem, considerada como constitutiva do sujeito, perde, na medida de sua subjetividade, seu atributo de ser “transparente”. Mais do que código partilhado, o discurso ganha opacidade e foge ao controle de quem o produz ou interpreta. Embora tendo a ilusão de ser dono de seu dizer e de responder à intenção de seu parceiro dialógico, cada falante constrói seus enunciados, determinados mutuamente, por falas cuja gênese está em textos de discursos alheios. Sendo assim, é inconcebível a crença numa homogeneidade lingüística, pois pressupõe-se a trama de múltiplas vozes no interior (porque no entorno) de todo discurso.

A definição, trazida pela fonoaudióloga Suzana C. da Fonseca, da clínica fonoaudiológica como “clínica de efeitos”, acolhe a idéia do não-controle do sujeito sobre o desenrolar do discurso. Pensando nisso, o fonoaudiólogo que está implicado na clínica com o paciente afásico, ao mesmo tempo que acredita conduzir o paciente ao solucionamento de sua dificuldade lingüística, navega, com ele, sobre o imprevisível desenrolar do diálogo. Esquecido de seu “papel regulador”, distraído de si mesmo na tentativa de desvendar o sentido da fala do outro, é aí que o terapeuta poderá, efetivamente, cumprir sua função como

interlocutor e identificar, no retorno ao dado, o movimento que auxilia o paciente a ressignificar sua linguagem.

Concluindo, é possível reconhecer que a leitura de Bakhtin e de representantes da Análise do Discurso da vertente europeia traga grandes contribuições relacionadas aos aspectos mencionados. Valiosas são, ainda, muitas produções cuja principal inspiração foi os postulados da teoria Interacionista fundada por Cláudia de Lemos. No entanto, ainda há que se refletir sobre o encontro dessas “ondas” e seus pontos de “calmaria”.

LURIA, A. R. – Cerebro y Lenguaje. La afasia traumática: síndrome, exploración y tratamiento. Barcelona, E. Fontanella. Conducta Humana nº 19, 1947; 1978.

LURIA, A. R. - Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria. - Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

LYONS, John - Lingua(gem) e lingüística: uma introdução. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

MAHER, Tereza Machado – *O conflito interacional e a educação lingüística do índio.*
In Trab. Ling. Apl., Campinas, (18): 111-126, Jul./Dez., 1991.

MORA, J. F. – Dicionário de filosofia. – Editorial Sudamericana: Buenos Aires; 1971

O Mundo da Saúde. – São Paulo: União Social Camiliana – vol. 20; nº 10; nov/dez-1996.

PESSOA, Fernando – O eu profundo e os outros eus: seleção poética. – Rio de Janeiro: N. Fronteira; 1980.

PINTO, Milton José – Comunicação & discurso: introdução à análise de discursos. – São Paulo: Hacker; 1999.

PONZIO, J. et al – O afásico – Convivendo com a lesão cerebral - Maltese: São Paulo; Santos: São Paulo; 1995.

- RUBINO, Rejane – *Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão*. In Fonoaudiologia: no sentido da linguagem/ Maria Francisca Lier-De Vitto (org.) – São Paulo:Cortez;1994.
- SCHUELL, H.; JENKINS, J. J.; JIMENEZ, E. - Aphasia in adults: diagnosis, prognosis and treatment. - Newyork, Harper & Row; 1964.
- SILVERMAN, Franklin H. – Research design and evaluation in sepeech-language pathology and audiology: asking and answering questions. – New Jersey: Prentice Hall, 1985.
- SOMMERVILLE, M. – *A transdisciplinaridade. Onda do futuro: como preparar nossas praias*. In: Revista Tempo Brasileiro. – 113, 75-96; 1993.
- SPARKS, R. W. & HOLLAND, A. L. - Melodic intonation therapy for aphasia. – J. S. H. D. Illinois, ASHA, 41(3):287-297, ago. 1976.
- TSVETKOVA, L. S. - Reeducacion del lenguaje, la lectura y la escritura.– Barcelona: Ed. Fontanella, Conducta Humana n° 33; 1977.
- VIEIRA, C. H. - Um percurso pela história da afasiologia: estudos neurológicos, lingüísticos e fonoaudiológicos. - Dissertação de mestrado. UFPR, Curitiba-PR; 1992.
- VIEIRA, C. H. – *O sujeito entre a língua e a linguagem*. In O sujeito entre a língua e a linguagem. - Série Linguagem, nº 2 (63:72). São Paulo: Lovise; 1997.

ANEXOS

Segunda amostra

1. T².: Bonito isso, Seu B.! O senhor que fez?
2. B.: *É.*
3. T².: E o que que é isso? É um jogo?
4. B.: *É... Jogo!*
5. T².: É um jogo! E como é que joga isso, Seu B., me ensina!
6. B.: *(Mamuseia o jogo.)*
7. T².: Isso, mostra pra mim como é que é.
8. B.: *Que... Ele é difícil.*
9. T².: É difícil de fazer, esse jogo?
10. B.: *Por isso... Que eu troxe ele...*
11. T².: Ahn...
12. B.: *Porque, né... Bom.*
13. T².: O senhor gosta de jogar esse jogo? O senhor joga esse jogo em casa? É?
14. B.: *(S.I.) Bom.*
15. T².: Vamos ver se dá certo.
16. B.: *Coloca.*
17. T².: Íchi, eu tô vendo que é difícil mesmo! (Risos.)
18. B.: *Viu esse qui é... (S.I.) Bem... Difícil.*
19. T².: É difícil mesmo. Qual é o objetivo? Colocar essas duas aqui pra cima? Ahn?
20. B.: *(S.I.) Só qui... Só cábri qui.*
21. T².: Ahn, essa aqui, tem que tirar essas aqui.
22. B.: *Só... Qui, ó!*

23. T².: Só cabi aqui. Ahn! Legal, Seu B.. Então tenta que depois eu vou tentá uma vez, tá bom? É o senhor que fez esse jogo? Que legal!
24. B.: *(S.I.)*
25. T².: *(Risos.)*
26. B.: *Não é di qui eu... Sei lá.*
27. T².: É, esse tipo de jogo tem que ter raciocínio.
28. B.: *Pois é... Eu, eu tinha isso aí... Gozado qui... Por isso... Por isso que eu troxe.*
29. T².: *(S.I.)* Também não consegue fazer esse jogo.
30. B.: *Não... É gozado isso aqui... Eu num... Sei.*
31. T².: O que é gozado, Seu B.? Tenta explicá pra mim. O senhor acha gozado que o senhor consegue fazer isso?
32. B.: *Por isso é... É que tem um... É, num sei.*
33. T².: O senhor tá querendo me dizê que um jogo difícil como esse, o senhor consegue fazer bem.
34. B.: *Exatamente.*
35. T².: E falá não consegue.
36. B.: *Eu troxe pra... Mas é... Que eu num sei... Eu acho.*
37. T².: Aí o senhor pensa assim: falar que é tão fácil eu não consigo mais. É isso, seu...
38. B.: *É isso mesmo. É isso mesmo.*
39. T².: É. São duas coisas diferentes, né, Seu B.? O raciocínio, contas, matemáticas...
40. B.: *Olha aqui agora, ó. Vou passá. Ó. Faz... Isso aqui, ó.*
41. T².: Tem que ter um macete?
42. B.: *Exatamente.*
43. T².: Ahn.

44. B.: *(S.I.) Mim... Eu fico.*

45. T².: E o senhor consegue saber do macete ainda? Quero ver o senhor tirá daí. Ah, eu quero tentá depois, Seu B.. Será que eu consigo?

46. B.: *Dai, dai.*

47. T².: E agora? Tá indo devagarinho, tá chegando lá.

48. B.: *É.*

49. T².: O senhor é esperto, hein, Seu B.?

50. B.: *(S.I.)*

51. T².: *(Risos.)*

52. B.: *Ó lá, ó.*

53. T².: Ahn, mas olha só!

54. B.: *Num sei se eu... Num sei se acho... Se eu... Ó.*

55. T².: Umhum. Tá chegando, Seu B.. *(Risos.)* Parabéns, conseguiu! Mostra aqui pra mim, quero tentá uma vez.

56. B.: *Então... Vô voltá ela, então.*

57. T².: Faz do começo pra mim.

58. B.: *Não... Vô voltá (S.I.) Daonde tava.*

59. T².: Pôxa, mas daí tá humilhando, já.

60. B.: *Não! Não! Não!*

61. T².: Tô brincando... Então volta lá pro começo. O senhor consegue lembrar a seqüência toda?

62. B.: *Vô tentá.*

63. T².: *É...* Que coisa! Certeza que o senhor fez esse jogo, Seu B.?

64. B.: *(S.I.) Faz tempo.*

65. T².: Faz tempo, já. O senhor que cortô a madeira tudo certinho, lixô? Que legal!
Esse jogo é muito interessante... Mas eu tava falando pro senhor, né, Seu B., são coisas diferentes. A possibilidade de pensá, o raciocínio, a inteligência e a fala, né?
66. B.: *Pois é... Uma.*
67. T².: Não significa que porque o senhor tá com dificuldade de falar, o senhor vai tar com dificuldade em tudo, na inteligência, no raciocínio. O senhor continua pensando, continua tendo sua inteligência, né?
68. B.: *Sei... Ó... Aqui, agora, eu tenho qui... Voltá, aqui.*
69. T².: Vai voltar do jeito que tava, né?
70. B.: *É, por exemplo, aqui, ó.*
71. T².: Eu lembro qui essas, tinha duas dessas que tavam lá imbaixo, né?
72. B.: *Agora tem (S.I.) Aqui, ó.*
73. T².: Eu num tô, num tô vendo o que o senhor tá fazendo. Quero ver se eu consigo tentá fazer depois.
74. B.: *É... Vai ver como qué as coisas.*
75. T².: É difícil mesmo, eu sei que é. Eu conheço esse tipo de jogo, é difícil mesmo.
76. B.: *Eu truxe pra... Pra... Te mostrar, né? Desculpe, eu não sei.*
77. T².: Tá ótimo. Pra me mostrar. E a sua dúvida era essa, né, como uma coisa difícil o senhor consegue fazer.
78. B.: *Exatamente.*
79. T².: O senhor não esqueceu, né? O senhor continua sabendo fazer. E a fala não, que aparentemente é uma coisa tão fácil e pro senhor hoje é tão difícil, né?
80. B.: *Num sei.*
81. T².: Muito legal esse seu jogo. Parabéns, o senhor fez uma coisa muito legal.

82. B.: *Aqui, ó, tá no lugar.*

83. T².: *É... Essa já tá no lugar certinho.*

84. B.: *Eu tenho que... Num sei, eu fico... Eu fico lóco, fora de brincadeira!*

85. T².: *O que que deixa o senhor mais brabo, Seu B.? Por que que o senhor fica lóco?*

86. B.: *Eu num (S.I.) Isso qui... Porque eu...*

87. T².: *Porque o senhor sabe fazê isso?*

88. B.: *E não tê... Pomba! Eu não sei... Eu fico lóco... É. Eu fiz muitas cosa prá...*

89. T².: *Muitas coisas pra que? O senhor fazia esses tipos de jogos de madeira, Seu B.? O senhor fez mais jogos.*

90. B.: *Olha... Olha... Ó!*

91. T².: *Anhan, legal! Eu vou tentar, mas o senhor tem que me ajudá. Posso tentá?*

92. B.: *É brincadêra.*

93. T².: *Não sei se vô conseguir, mas tem que tentá, né?*

94. B.: *É claro.*

95. T².: *Vamo vê. [4s.] Ai, ai.*

96. B.: *Nós ficamo até a...*

97. T².: *Vamos ficá aqui até amanhã, Seu...*

98. B.: *Muito mais.*

99. T².: *Muito mais? (Risos.)*

100. B.: *Isso aqui é terível.*

101. T².: *Então o senhor vai me emprestar. Posso treinar em casa, Seu B.?... Peraí.
Só tem um jeito de fazer isso, Seu B..*

102. B.: *É... Jeito.*

103. T².: *Só tem um jeito?*

104. B.: *Anham.*

105. T².: Ó, aqui já parô.
106. B.: *Já conheci. (S.I.)*
107. T².: Anham, deixa eu ver, calma aí. Assim, assim. Não, me embananei de novo. Hum! Dificil mesmo.
108. B.: *Ó! Isso aqui num é moleza, não!*
109. T².: Num é moleza não!
110. B.: *Não... Num é não.*
111. T².: Assim. Ai, ai, ai. Seu B. me ajuda aí. Pra cá. Assim. Aqui já me ajuda aí. Pra cá. Assim. Aqui já me embananei de novo, não adianta.
112. B.: *Um só.*
113. T².: Um só?
114. B.: *É isso... É isso.*
115. T².: Inda bem que o senhor me ajuda.
116. B.: *Dêxa aqui pru inquanto.*
117. T².: Esse não mexe, por enquanto.
118. B.: *Esse pru inquanto.*
119. T².: Esse aqui? Baxa, esse pode baixá?
120. B.: *(S.I.)*
121. T².: Ah, deixa aquele ali ainda, tá? Mas num dá pra mexê?
122. B.: *Não... Vai e volta.*
123. T².: Anham! E põe esses pra cá. Baixa esses.
124. B.: *Aí.*
125. T².: Anham. E agora, Seu B., me ajuda. (Risos.)
126. B.: *Se quisé... Se quisé... Posso.*
127. T².: Nossa, que dificil que é isso!

128. B.: *E agora... (S.I.) Isso daí.*
129. T².: *É, pelo jeito mexeu em um aqui, né, Seu B.?*
130. B.: *Claro.*
131. T².: *Sobe esse. Não. Nesse não adianta mexer aí.*
132. B.: *Não... A, aqui, ó... Vai... Volta... Vai.*
133. T².: *E esse aqui vai junto. Põe esses pra cá?*
134. B.: *Baixa esses aqui, ó.*
135. T².: *Deixa eu baixar esse.*
136. B.: *Não, esses que tem qui ficá. (Risos.) (S.I.)*
137. T².: *Ah, e sempre tem qui ficar junto, esse com esse. Ah, o senhor tá me ensinando um macete. Deixa ver se eu consigo, né? Ai! A minha cabeça num é muito boa pra essas coisas, Seu B.. (Risos.) Deixa eu ver, esse aqui não adianta, porque esse aqui eu não consigo mexer.*
138. B.: *Ó... Ó, aí, ó!*
139. T².: *Ah, um de cada vez, assim.*
140. B.: *(S.I.)*
141. T².: *Assim, daí assim, assim, assim. Ah! Seu B., pelo menos uma coisa eu consegui. Vai. Então, esse aqui é bom sem tentar junto com esse. O senhor acha que é mais fácil?*
142. B.: *É.*
143. T².: *É uma dica que o senhor tá me dando.*
144. B.: *É... É aqui, ó... Daí faz aqui, ó.*
145. T².: *Hum... Anham, tá. Mas esse aqui tem que andá junto com esse.*
146. B.: *Esse aqui... Esse aqui, dexa aí. Ó... Já... Já misturô aqui, né?*
147. T².: *Vichi, tá danado! (Risos)*

148. B.: *Não... Não... Não... Dexa aí!*
149. T².: Dêxe quieto.
150. B.: *Lá, ó!*
151. T².: Anham... Seu B., sabe duma coisa? Acho que tenho que treiná muito pra conseguí fazer isso.
152. B.: *Ó lá, ó!*
153. T².: Faiz pra mim, faiz. Deixa eu aprendê com o senhor.
154. B.: *De novo!*
155. T².: Ah, o senhor sabe agora o que eu vô fazê? Agora eu vô ficá olhando o senhor fazer, Seu B..
156. B.: *Não... I... O, o negócio ieu quero. O negócio... Ieu quero... Quero fazê um.*
157. T².: O senhor quer escrever alguma coisa?
158. B.: *Quero.*
159. T².: Deixa eu pegá um papel pro senhor.
160. B.: *Qui... Iss... Isso aqui... Ieu... É moleza pra mim. Mas eu quero ôtra coisa.*
161. T².: Anham, que coisa que o senhor qué, Seu B.?
162. B.: *Eu quero fazê uma (S.I.)*
163. T².: Deixa eu pegar um papel, pera aí. [6 s.] Que coisa, né, Seu B., pro senhor esse jogo é tão fácil, é moleza, pra mim é tão difícil.
164. B.: *É... Pra você é moleza. É... Você, é.*
165. T².: Pra mim não é moleza não, esse aqui.
166. B.: *Não (S.I.)*
167. T².: Pro senhor é moleza.
168. B.: *Qui... Aqui... Ó.*
169. T².: Hum!

170. B.: *Podia sê num sei quantos dias... Tá... Tá, eu conseguia... Não adianta...
Ó.*
171. T².: O senhor não esquece isso.
172. B.: *Não... Não... Aqui, ó... Isso aqui, ó.*
173. T².: Os números.
174. B.: *Isso aqui... Qui... Tá terível pra mim por que... Por que, eu pergunto? Ai é o lado.*
175. T².: Anham, tá. O senhor qué lembrá a seqüência dos números.
176. B.: *Exatamente... Eu... Ô.*
177. T².: Então vamo lá.
178. B.: *Eu... Eu... Se eu sei ó a...*
179. T².: Pode pegar o papel aqui, tem duas folhas. Unhum. [10 s.]
180. B.: *I... A...*
181. T².: Vamos ler os números comigo, Seu B..
182. B.: *Pois é.*
183. T².: Vamo tentá. Um, dois...
184. B.: *Sim, ó, ieu... Ieu... I, aí... Ai que me... Por que isso? Isso... Eu não consigo.*
185. T².: *É, a gente conversou semana passada né, Seu B.. O senhor tava me perguntando, né, por que tem horas que dá, que o senhor consegue falá; tem horas que não dá. Por que número é tão difícil. Hoje o senhor chegou, né, com uma pergunta: por que que esse jogo que pra maioria das pessoas é tão difícil e pro senhor é fácil, e números, que todos sabem escrever, os números, e falar os números, pro senhor é tão difícil, né?*
186. B.: *Qui ieu... Ieu... Bastante... Ieu ôtas coisas tamém... Eu fiz... De coisas difícil... Só isso.*

187. T²: É, dá um exemplo pra mim.
188. B.: É [4 s.] Só pra...
189. T²: Unhum, então faz essa conta. Quatrocentos e sessenta e oito dividido por quatro.
190. B.: Certo. [15 s.]
191. T²: Que número qui tá aqui, Seu B.?
192. B.: Cin... Cinco.
193. T²: É um oito, né? Tem que baixar o oito, aqui.
194. B.: E aqui... Aqui... Que é o problema... Aqui, ó.
195. T²: Qual que é o problema?
196. B.: Ain... A, ainda tô... Prática.
197. T²: Unhum, tá treinando esses contas, né?
198. B.: É... Num.
199. T²: Ó, o senhor fez assim, ó, Seu B.. O senhor pegô e fez a sua primeira conta. Um vez quatro, quatro, né, zero; aí pegou seis e baixou o seis ali, ó.
200. B.: Exatamente, tá, tá.
201. T²: Aí fez um vez quatro, quatro para seis dá dois. Agora tem que baixar o oito aqui; que neim o senhor baixou o seis, tem que baixar o oito.
202. B.: Exatamente.
203. T²: Aqui tem que fazer oito invés de dois. Que é esse oito que tem que ir aqui pra baixo.
204. B.: Então. [8 s.] Eu não fazo...
205. T²: O senhor tava me falando, o senhor era um cara que era super inteligente.
206. B.: Eu er... Eu... Era ótimo.
207. T²: Ótimo em conta, ótimo em jogo.

208. B.: *Mas tudo, tudo, aqui... Qui, aquilo. (Risos.) Como se chama... Aquele.*
209. T².: *Aquele dominó. Que o senhor trouxe?*
210. B.: *Eu num, eu num...*
211. T².: *Não gostava mais daquele jogo?*
212. B.: *É... Mais ou menos... Eu... Eu nunca.*
213. T².: *Aquele jogo é muito fácil pro senhor, né, Seu B.?*
214. B.: *É mais é... Eu nunca briquei co aquilo.*
215. T².: *Nunca jogou aquilo.*
216. B.: *Nunca... a, acho que agora eu comêço.*
217. T².: *É. Unhum. É agora aquele jogo, né, Seu B.? É diferente desse aqui, por exemplo. Tanto é que a primeira vez que o senhor jogô fácil, né?*
218. B.: *É... Fácil.*
219. T².: *Pra mim, esse aqui é um jogo diferente, que exige bastante raciocínio, ficá pensando na hora de jogá. É diferente de...*
220. B.: *Não, eu... Eu fico... Fico doido porque esse aí... Esse... Como ele como nã, não.*
221. T².: *É, eu sei. Porque isso tá dentro da sua cabeça ainda, Seu, Seu B.. A sua inteligência, sua capacidade de pensar. Capacidade de fazer um jogo desse, o raciocínio. O senhor é esperto, né?*
222. B.: *Mas olha... se eu se, nunca... Nunca vi isso aqui nun, nunca... seu... Seu saí... Saí que e... E vol, voltei... Como que eu es, estudei pra caramba!*
223. T².: *O senhor estudou, Seu B.? Até que série que o senhor estudô?*
224. B.: *Qué vê? [10 s.] Dai... Dai era um.*
225. T².: *Até a quarta série.*
226. B.: *A diferença ach... Acho que.*

227. T²: Era um pouco diferente do que era hoje, né, o estudo. O senhor fez até a quarta série, e daí?
228. B.: *E mai... I, é dife, diferente do...*
229. T²: Do que é hoje, a quinta série.
230. B.: *É... Esse aqui era... Daí eu... Era dif... Vai... Vai diferente... Vá.*
231. T²: Aí o senhor fez a quinta, a sexta, a sétima, a oitava. Esse é o primeiro grau e o senhor fez todinho.
232. B.: *E mais a... Aquera tudo ótimo.*
233. T²: Unhum.
234. B.: *I... Iuma.*
235. T²: O senhor gostava de estudar, Seu B.?
236. B.: *Era bom... Era.*
237. T²: Era bom. (Risos.)
238. B.: *Não sei porque é.*
239. T²: É porque não tem a ver com a inteligência, né, sua dificuldade é na fala.
240. B.: *Puxa vida, agora é muito difícil... Por que isso? Por que é... Pú cari... Eu fico lôco!*
241. T²: Unhum. O senhor pensa assim: pô, eu era super bom nas contas!
242. B.: *Pô... Mas as vêiz io e, tudo... Tudo por isso que fico... Num sei.*
243. T²: Por isso qui o senhor fica tão desanimado, né?
244. B.: *É, pois é.*
245. T²: Justamente porque o senhor fica pensando em tudo o que o senhor sabia e hoje essa (S.I.).
246. B.: *Pá... Má tudo... Tudo, ichi!*

247. T².: Tudo. O que que o senhor consegue fazer hoje ainda, Seu B.? Hoje, lá na sua casa, quando o senhor tá sozinho, o que o senhor consegue ainda fazer? Esse joguinho o senhor faz de vez inquando lá? Ou nem lembrava mais dele?
248. B.: *A... As vêiz... Isso tranquis.*
249. T².: É, mais o senhor faiz isso ainda quando tá lá sem fazê nada o senhor pega o joguinho pra fazê?
250. B.: *Faz... Faço... A... Aquele é meu.*
251. T².: O senhor gosta de fazê?
252. B.: *Tem ôtro... ôtro coisa... qui ieu.*
253. T².: O que o senhor faz, o senhor me conta?
254. B.: *Ué, de brincá, assim... De... De coisa.*
255. T².: É? Qualqué coisa?
256. B.: *Qui... Ó que vem. Essi achu qui assi até ele você tábi.*
257. T².: Ah! Jogo da velha! Vamo lá, Seu B.?
258. B.: *Não... Não é.*
259. T².: Deixa eu jogar com o senhor jogo da velha. Dexa eu pegar uma caneta, pera aí.
260. B.: *Não... Não é, é, não é... Não é... Não é. (Risos.)*
261. T².: Não é jogo da velha?
262. B.: *Não... É.*
263. T².: É outro? Então me explica.
264. B.: *Aqui, ó.*
265. T².: Jogo da velha é muito fácil pro senhor, não é?
266. B.: *É... É mesma coisa que é, ti a co... aquilo. [13 s.] Aqui. Tem... Fazê esses.*
267. T².: Os números?

268. B.: *Aqui... Prá... Prá achá u... Uma bem certinho.*
269. T².: *Íchi, já complicô, Seu B.. Eu já não sei mais. O senhor explica pra mim como é que faiz o jogo uma vez... Quero vê. O jogo da velha eu sei fazê. (Risos.)*
270. B.: *Nã... Nã... Não adianta, daí.*
271. T².: *Jogo da velha é mais fácil, né?*
272. B.: *Aqui, ó... Prá acertá coisa certinho tem que...*
273. T².: *Pra saber que número qui é qui vai?*
274. B.: *Tem qui é... I... Tem que acetá aqui, ó.*
275. T².: *Tá, então escreve lá que eu quero ver si eu sei fazê esse jogo. Eu tenho que sabê que número vai ali.*
276. B.: *É... Veja... Então (S.I.)*
277. T².: *Íchi!*
278. B.: *Veja ondi que tá i... Mi... Miar... Pá... Miá... Me... Procure ô... Esse... Iesse... Esse.*
279. T².: *Mais uma vez pra eu vê como é que é, Seu B..*
280. B.: *Da... Daí, ó... Daí.*
281. T².: *Daí fica fácil?*
282. B.: *Moleza... Moleza... Poquê... Poquê.*
283. T².: *Anham.*
284. B.: *Qui, ó. [15 s.]*
285. T².: *Tá.*
286. B.: *Ain... Inda falta, inda.*
287. T².: *Falta colocá número aí. Tá, anham, espera aí. É pra colocar na seqüência, é isso, Seu B.?*
288. B.: *Nã... Não.*

289. T².: Assim, é isso? Dois, três, Quatro. É, né, Seu B.?

290. B.: *É... Tá errado.*

291. T².: É? Tá errado? (Risos.) Eu num sei mais esse jogo, Seu B..

292. B.: *Ó mais a... Já tá pronto, quase.*

293. T².: Pro senhor é fácil, pra mim não é.

294. B.: *Aí... Ai... Ai que eu (S.I.) Como que pode isso?*

295. T².: Então. Ah, olha só, Seu B., o senhor pode ver por um outro lado também.

O senhor fica pensando: pôxa, não sei falá nada! Mas tem uma coisa que o senhor sabe fazê muito melhor do que eu, Seu B.. Sabe, ter raciocínio, pensar ligeiro essas coisas. Tem, então, po mais, ó, Seu B., isso qui eu perguntei pro senhor, por mais que a fala qui tá incomodando o senhor, que dêxa o senhor lôco, né? O senhor não perdeu tudo com essa fala. Tem coisa que tá melhor que outros, ainda. Nisso aqui o senhor é muito melhor qui eu. E eu estudo aí de monte, Seu B.. Mas eu não sei fazer um joguinho simples desse.

296. B.: *(S.I.)*

297. T².: Mas, mas sabe o que eu tô querendo dizê, né, que o senhor fica pensando que às vezes o senhor num é nada, que o senhor não vale mais nada, só que tem coisas qui o senhor tem valor ainda, Seu B.. Tem muita coisa aí que ainda é muito boa. Não é? [3 s.] Agora o senhor vai me ensinar, porque eu não sei fazê esse jogo, Seu B..

298. B.: *Ocê é... [5 s.]*

299. T².: Tem que por os, tem mais número qui tem, qui é aqui, né?

300. B.: *É.*

301. T².: Ah, para aí, deixa eu ver se eu entendi assim, ó, dixa eu vê [3 s.]

302. B.: *Não... Aqui, ó... Já é... A...*

303. T²: Não pode repití?
304. B.: *Não... Num pode... I neim... I neim... Tem qui ficá tudo... Assim.*
305. T²: Em seguida?
306. B.: *Assim, ó... Qué vê? Empresta um poc...*
307. T²: Sabe o que que eu pensei que era? Qui eu pensei, esse aqui é o quatro, eu
pensei que a...
308. B.: *Não.*
309. T²: Aqui seria a soma dos mais dois, quatro. Não é?
310. B.: *No... No... No... No final é que assim, ó... Assim, ó... Aqui, ó.*
311. T²: Quinze.
312. B.: *E tudo, tudo...*
313. T²: Tá, faiz pra mim que eu não sei.
314. B.: *Aqui, ó. É tudo.*
315. T²: Dá uma soma de um número só.
316. B.: *Exatamente.*
317. T²: Hum. Dá esse número aqui.
318. B.: *Exatamente.*
319. T²: Ah, o senhor não me contô que dava quinze.
320. B.: *É.*
321. T²: Qué dizê que descubrí isso?
322. B.: *Exato.*
323. T²: Ai, ai, ai. Deixa eu vê. [3 s.] Mais já deu mais que quinze aqui, Seu B..
324. B.: *Onde?*
325. T²: Se somá todos eles já deu mais a vinte cinco.
326. B.: *Onde?*

327. T².: Eu entendi que o senhor falô assim, que somando esses números eu tenho que consegui esse aqui.
328. B.: *Aqui, ó! Olha qui, ó. Quanto que dá?*
329. T².: Oito, nove, dez, onze, doze, treze, quatorze, quinze.
330. B.: *Então.*
331. T².: Ah, agora entendi. Cada linha tem qui dá quinze.
332. B.: *Só... Só esta linha, ó.*
333. T².: Anham. Ah!
334. B.: *Essa qui, ó... Já marquei ali.*
335. T².: Tá, essa tem que dá quinze, essa aqui. Deixa eu vê se deu. Nove, dez, onze, doze, treze. Qua... Ah! Tá!
336. B.: *Claro.*
337. T².: E essa aqui tamém tem que dá quinze?
338. B.: *Claro... Is... Is... Só comple... É só completá o...*
339. T².: Os número que falta. Ah, meu Deus! E não pode repetir número?
340. B.: *É claro num... num.*
341. T².: Num pode repiti.
342. B.: *Claro.*
343. T².: Tá.
344. B.: *Moleza.*
345. T².: Dêxa eu vê: sete, doze, treze, quatorze, quinze. Assim tá certo? Sete, cinco e três.
346. B.: *Tá. Claro.*
347. T².: Daí, treze, quatorze, quinze.
348. B.: *Cla... Claro.*

349. T².: Ah! Agora entendi! Ô, Seu B., que vergonha, hein? Eu não consigo fazê essas coisa. Bem, esse número já foi, esse já foi, esse já foi.
350. B.: *(S.I.) Nos que falta.*
351. T².: Nos que falta. Nove, dez, onze, doze, treze... Não, mas daí, cadê? Onde que vai o nove?
352. B.: *(S.I.)*
353. T².: O nove?
354. B.: *(S.I.)*
355. T².: Não, eu num posso. Nove, dez, onze, doze, treze, quatorze. Ah!
356. B.: *(S.I.)*
357. T².: É isso. *(Risos.)* Dêxa vê qual que falta, Seu B.. O quatro.
358. B.: *Não senhora.*
359. T².: Dá dez e doze.
360. B.: *Não senhora. É... Tá loco!*
361. T².: Tá loco! Seis, seis, sete, oito, nove, dez, onze, doze, treze, qua. Então num é. Vai tê qui repiti.
362. B.: *Não, ali é o oito.*
363. T².: Oito, nove, dez, onze, doze, treze, que... *(Risos.)* É isso aí, Seu B.!
364. B.: *L... Prá... Prá mim, isso aí eu faço brincan... Brincando, isso aí.*
365. T².: Brincando!
366. B.: *Mas... Qui nem eu pergun... Agora (S.I.) É um...*
367. T².: Pra falar é que nun dá.
368. B.: *Unhum... Pomba, eu num... Eu fico doido com isso!*
369. T².: Agora, é, o senhor se prende, tá se prendendo muito, né, Seu B., em falar esses números aqui. Falar um, dois, três, quatro. Daí o senhor fica tão chatiado

que esses números o senhor não tá conseguindo falá. Chega na hora, tanta coisa que o senhor tá falando, que você num tá nem vendo. O senhor me explicô um jogo, Seu B., que eu não tava entendendo, né? E como é que foi, como é que eu entendi o que que tinha que fazê aqui? Como é que eu entendi, Seu B., que tinha que ser a soma de quinze? O senhor falô.

370. B.: *Pois é... É, sei... Mas troquei isso, eu... Eu fico... Fico lóco cum isso.*

371. T².: Lembra que eu falei pru senhor que tem pergunta que não adianta ficá fazendo sempre de novo, sempre?

372. B.: *E... eu lembro.*

373. T².: É que a dúvida não vai ajudar o senhor, Seu B., ficá repetindo: por quê por isso? Por que aquilo? O que qu quero que o senhor entenda, Seu B., que falar a seqüência de números, de um a dez, talvez não seja tão importante pro senhor – agora, né, pro senhor ficar tentando falar isso, né? A... Ao passo que o senhor pode ver quanta coisa que o senhor tá conseguindo falá. Se o senhor não consegue falar a seqüência de números, o senhor tá conseguindo falar outras coisas muito mais importantes. O se... Senhor tá conversando comigo, Seu B.. O senhor tá me explicando, o senhor me explicô o jogo. Qui eu não intendi porque eu sou meio burrinha na conta.

374. B.: *(S.I.)*

375. T².: Mas, olha só, o senhor mi explicô, o senhor colocô os números, né, aí eu entendi. Primeiro o senhor fez isso aqui, ó, e achei que era o jogo da velha. O senhor falô que não, não é o jogo da velha, né? O senhor que me falô que não é. Aí o senhor escreveu, o senhor me colocô todos os números aqui imbaixo. O senhor, o senhor que mi explicô, o senhor falô assim, ó: olha, você tem que colocá esses números aqui, todos esses números dentro de cada... um um número dentro

de um quadradinho. E eu fiquei pensando, que não sei fazê esse jogo, o senhor que me explicô.

376. B.: *Tá, cê tava brincando comigo.*

377. T².: Eu não tô brincando não, Seu B.. Eu realmente não sei, né? Aí o senhor, aí o senhor me explicô assim, daí o senhor me deu uma dica, né? Colocô alguns números, coloca outros números. Aí eu falei: não, não entendi. Aí o senhor me falô: os números tem que dar soma de quinze. Aí eu entendi que era soma deles todos... Não! É a soma de cada linha.

378. B.: *(S.I.)*

379. T².: Então veja, Seu B., o senhor foi me explicando ponto a ponto.

380. B.: *Veja, tem é... Uma coisa qui eu... Me fic... Eu fico... Doido com isso... Por que... Caramba!*

381. T².: Unhum... Porque que eu tô, porque eu tô falando isso, Seu B., porque... tentar mostrar pro senhor, né, por mais difícil que seja pra... pro senhor, falar hoje, né, por mais doído que o senhor fique, tem tanta coisa que o senhor tá falando, né? Então, ó, o senhor me explicô o jogo inteirinho, Seu B.!

382. B.: *A... Um... Ai... Quantas vezes nós tivemos juntos... Senhora.*

383. T².: Conta lá quantas vezes, Seu B..

384. B.: *Um, dois, três.*

385. T².: Três vezes, hoje é a terceira vez.

386. B.: *É... Tá... É... Tá bom, né? Ah...*

387. T².: O que o senhor acha?

388. B.: *I... Ótimo!*

389. T².: *(S.I.)*

390. B.: *Io... Ieu junto... Junto.*

391. T²: Junto comigo.
392. B.: *É... É diferente... Pô... Pô!*
393. T²: O senhor consegue conversar comigo?
394. B.: *Exatamente.*
395. T²: Anham... Que bom, Seu B.!
396. B.: *Bom... Ai ieu fico.*
397. T²: Unhum...
398. B.: *Fiquei.*
399. T²: É isso mesmo que a gente faz quando o senhor vem, a gente conversa, Seu B., né? E com evolução pro senhor, né? Por mais difícil que seja, tem uma possibilidade. Ai, né, o senhor, de conversar comigo.
400. B.: *Eu fiz uma... Uma... Por porção de de... De... De... É... De... Issa qui.*
401. T²: De contas?
402. B.: *Exatamente. Mais...*
403. T²: Encher o caderno de contas em casa.
404. B.: *Dai... Ah... Depois de... Uma... Duas veiz, quato, cinco, dai eu...*
405. T²: O senhor contô os números, tá vendo?
406. B.: *Pois é, né?!*
407. T²: Uma, duas, três, quatro. Mas é bom o senhor vê isso. Porque agora, Seu B., tem u...
- (Neste momento, acaba o primeiro lado da fita cassete com a gravação da sessão fonoaudiológica. A seguir, o diálogo continua, assim que o outro lado da fita começou a rodar.)
408. B.: *(S.I.)*
409. T²: Se o senhor conseguir falá? Agora.

410. B.: *Não.*

411. T².: Acho que sim, Seu B.. Agora, agora, é, não ficar falando os números que neim papagaio: um, dois, três, quatro – mas na conversa, Seu B.. Na conversa, que é importante, o senhor conseguiu me contar isso. Não é legal isso?

412. B.: *É... Eu acho... Eu acho que eu... Falei isso ali, pô!... Na... Poquê eu na... Num tava pensando.*

413. T².: Eu não acredito nisso.

414. B.: *Será? Ficá pensando... Caramba! Eu num...*

415. T².: *É... É diferente quando o senhor pensa assim: eu quero falar os números um, dois, três, quatro, daí às vezes não tem esse controle, mas na hora da fala que o senhor queria me contar uma coisa importante sobre os números, quantas vezes o senhor veio aqui, quantas vezes o senhor fez a conta em casa, o senhor conseguiu contá. Pra mim, isso é mais importante, Seu B., do que falá os números em seqüência.*

416. B.: *É.*

417. T².: *É. Eu sei que isso é importante pro senhor. O senhor fica chateado de não conseguí. Né? O que eu só queria que o senhor visse hoje, Seu B., né... Também, isso o senhor já consegue falar – os números em seqüência, mas tem tanta coisa que consegue. O senhor consegue me explicá, o senhor conseguiu me explicá como funciona um jogo. (S.I.) (Neste momento, o telefone da sala da fonoaudióloga toca. Ela lhe pede licença e o gravador é desligado para ser novamente ligado após terminar a conversa ao telefone.) Então, tava falando prosenhor, o senhor conseguiu me explicá esse jogo que eu não conseguia aí, qué dizê, se eu praticá bastante, talvez eu consiga, né?*

418. B.: *Claro... Claro... É lógico... É lógico.*

419. T².: É, mas não consegui. O senhor me explicô esse jogo, né, Seu B.? É, e a questão, Seu B., a nossa inteligência é diferente em cada pessoa, o raciocínio é aquilo que eu falei pro senhor, isso é da característica de cada um, né? O senhor vai ter coisa que vai fazê com muito mais facilidade do que eu, Seu B.. O senhor é melhor que eu pra contas, o senhor é melhor que eu pra jogos que envolvam, assim, pensamentos rápidos.

420. B.: *Aqui, ó... A... Aqui que é o problema.*

421. T².: Eu sei. O que incomoda pro senhor é a sua fala, num é? Mas é, por mais difícil que seja sua fala, o senhor tá conseguindo conversar comigo muitas coisas. Isso que eu quero que o senhor veja. I outra coisa que eu quero que o senhor intenda, né, é que tem muita coisa de bom aí, ainda, né?

422. B.: *Será?*

423. T².: Seu raciocínio, sua capacidade de pensá. A sua garra, a sua vontade de melhorá, isso é muito bom.

424. B.: *I... I o tempo... O tempo.*

425. T².: Unhum.

426. B.: *Ói, tem dia que ieu vo... ao... esses.*

427. T².: Pensa que tá nos números, ali.

428. B.: *Enche.*

429. T².: E aí enche, né, Seu B.? Aí esquece de tudo.

430. B.: *É... Mas tem dia, é... Vai bem e tem ôto... Outros dia... (S.I.) Num sei.*

431. T².: Unhum... É.

432. B.: *Por isso... Qué ó.*

433. T².: O senhor tá vindo aqui pra falá dessas coisas comigo, Seu B., pra conversá comigo sobre essas coisas que lhe incomodam, também.

434. B.: *(S.I.) Isso... Legal.*

435. T².: Isso é lega, o senhor póde me contar essas coisas, né? Eu acho bem legal também, Seu B..Pra mim é super legal que o senhor vir aqui e conversá comigo, né? E o senhor achou no começo que não tinha nada pra falaá, que não podia falá nada, né, Seu B.? Tem tanta coisa que dá pra falá, né?

436. B.: *Nã... É... Num vô falá mais.*

437. T².: Unhum... (S.I.) Desse negócio assim, né, Seu B.?

438. B.: *Não... Não.*

439. T².: (Risos.) Num fãla mais, tá, né, Seu B., dêxa aí. Qué que eu desligo?
Desligo.

440. B.: *Não... Carana! Pomba! Ocê... É... Fora de brincadêra!*

441. T².: Que legal, né, que o senhor pôde procurar ajuda aqui no hospital de novo, né, Seu B.?

442. B.: *Ôpa!*

443. T².: É, é i o que eu acho mais bacana, Seu B., é que a gente tá fazendo aqui. Aqui o que nós dois fazemos é justamente aquilo que o senhor acha que é mais difícil pro senhor, que é conversá, né? Isso que nós fazemos o tempo todo, né? Isso que eu acho mais bacana. E o senhor me ensina muita coisa também. Só não sou só eu que ensino pro senhor não, Seu B..

444. B.: *A... A, aonde ieu... (Risos.)*

445. T².: Claro que sim! Ó, a próxima vez qui alguém me ensiná um jogo desse eu já vô sabê, Seu B. (Risos.) É, então, o senhor me ensinô esse jogo, né? Agora o senhor vai fazê o jogo da velha comigo pra me alegrá, vai, Seu B.?

446. B.: *Aí eu não gosto.*

447. T².: É muito fácil, né?

448. B.: *Eu num... Eu nunca joguei isso aí.*
449. T².: *É? Então, como lá eu que vô ensiná o jogo da velha pro senhor, então? O senhor sabe como é que é o jogo da velha?*
450. B.: *Não... Pe... Pelo menos eu penso é... Eu...*
451. T².: *Como o senhor lembra que é?*
452. B.: *Quero vê [3 s.]*
453. T².: *Isso, o senhor começa com bolinha, eu faço xizinho.*
454. B.: *Da... Daí ocê ó...*
455. T².: *É isso mesmo. O objetivo do jogo, Seu B., é quem conseguir primero, né, fazer uma linha ou assim, com três pontos, né, ou assim, né? Daí, qualquer sentido, ela reta ou inclinada.*
456. B.: *Certo... Eu fiz um... (S.I.)*
457. T².: *Agora é a minha vez, tá? [26 s.]*
458. B.: *É! (Risos.)*
459. T².: *Tá fácil, né, fala a verdade, Seu B.. (Risos.) Ah! Seu B., deixa eu começá uma vez, pera aí. [3 s.]*
460. B.: *Ai, ai, A... Agora já.*
461. T².: *Vai lá, Seu B., sua vez.*
462. B.: *É... Não tem mais.*
463. T².: *Tem sim! [15 s.] Ah! Peguei o senhor nessa agora, Seu B.!*
464. B.: *(S.I.)*
465. T².: *Sua vez.*
466. B.: *Qué vê... Ô... Aqui... Lá... Aqui é a mesma coisa. Aqui...*
467. T².: *É. (Risos.)*
468. B.: *Fazê o quê, né?*

469. T².: Agora num teim jeito. Agora eu faço ou aqui, ou faço aqui.
470. B.: *Ah, agora... Tem que...*
471. T².: Tem que fazê essa. Tem que fazê três aqui.
472. B.: *Ah! Eu nunca joguei isso aí!*
473. T².: É. Então, agora já jogô. O objetivo é assim, ó, consegui, quem consegue primeiro faz três em seqüência. Agora é a sua vez de começá. [6 s.]
474. B.: *Bom, já que...*
475. T².: (Risos.) Vai começá no meio, né, seu espertinho!
476. B.: *É... É, vamo vê.*
477. T².: Vamo vê se dá certo, Seu B. [6 s.]
478. B.: *Bom... Agora tem que... Tem que...*
479. T².: O senhor tem que tentá fazê três em seqüência. E não póde me deixá fazê, tem que tentá me impedi.
480. B.: *Pú! (S.I.) Ai... Eu... Eu fiz errado... A coisa.*
481. T².: Vamo vê aqui. Acho que não vai dá em nada esse jogo. Será? [6 s.] Ai, não vai dá. (Risos.) Nóis dois não deixamos fazê nada. Mais um jogo que o senhor aprendeu, o jogo da velha. É muito mais simples, né, Seu B., que esse aqui, né? Eu vô trazê, Seu B., semana que vem, eu tenho alguns jogos na minha casa que são mais ou menos desse estilo de jogo aqui. Tem que pensá, vô trazê, vô vê se o senhor consegue fazê, tá bom?
482. B.: *I... I esses... É bom... É bom isso de brincá assim... Brincá... Brincá... Brincá... Droga! Esse aqui. É...*
483. T².: Se o senhor quiser fazer, eu acho super importante, Seu B., mas não é isso que vai fazê o senhor falar melhor, né?
484. B.: *Ai... Ai que é o problema... Certo... São coisas diferentes.*

485. T².: É, são coisas diferentes, né, Seu B.? O raciocínio, podê pensá, encontrá respostas pra esse jogo e a possibilidade de falá. O senhor tem com quem conversá em casa, Seu B.?
486. B.: *Ah! Te... Tenho... Tenho várias pessoas... Mais eu...*
487. T².: Mas o senhor não se anima de tentá?
488. B.: *Exa... É, eu num... Putcha! Eu num sei, é... Talvez, talvez seja acontecendo... Ieu num... Num...*
489. T².: Nem tá percebendo, assim?
490. B.: *Talvez, né?*
491. T².: Unhum, de repente o senhor tá até conversando, mas não tá vendo que tá conversando.
492. B.: *Algumas coisa tamém eu... Num adianta... Num tem... Num mesmo... Mesmo.*
493. T².: Mas de repente, Seu B., se o senhor começar a se arriscar mais, a querê tentá falá mais cosôtros, mesmo que seja difícil, se o senhor encarar, assim como o senhor tem persistência, tem perseverança, mesmo de fazê as conta, Seu B., talvez fazê a mesma coisa com a fala, né? É, sair lá do seu mundinho escondido e começá a vê mais as pessoas, né, Seu B.?
494. B.: *Puxa vida, eu fic... Eu fico...*
495. T².: Mas isso é uma coisa que o senhor mesmo vai ter que decidi. Como o senhor quisé, mesmo, né, Seu B.? Mas eu já fico muito contente que o senhor vem aqui conversá comigo, né? E vem me ensiná as coisas, né?
496. B.: *Pom... Pombas... (S.I.) Eu fico feliz... (S.I.)*
497. T².: (S.I.) Eu também.
498. B.: *Pô... cô...*

499. T².: Senhor, me empresta esse jogo pra eu tentá, Seu B.?
500. B.: *Dá fazê o...*
501. T².: Posso tentá? Deixa ele, deixa que nem tava no começo, de novo. Qui eu vô tentá fazê.
502. B.: *Ahm?*
503. T².: Dexa ele... É. É.
504. B.: *Não... Ma qui, ó... a...*
505. T².: O senhor qué terminá?
506. B.: *Anham.*
507. T².: Ah, tá bom, então termina aí.
508. B.: *Aqui que é o problema... Que... Se não... Se ficá qui num sai nunca.*
509. T².: Num sai nunca? Que qui tem que fazê pra podê sai? [18 s.]
510. B.: *(S.I.)*
511. T².: Senhor...
512. B.: *Dá uma volta numa... Trabalhano, né? A prazi em... Fazendo uma coisa, né?*
513. T².: Ela trabalha andando por aí, não?
514. B.: *Não, é... é... (S.I.) A... (S.I.) Falando qualqué coisa e... Sei lá... É... Deu mui... Deu muita, ó... Qui não fálo... Coisa... Pô, cara!*
515. T².: Pode falá, Seu B., eu quero entendê o senhor. Acho que vale a pena tentá falá de novo pra mim.
516. B.: *Não consigo... A... Minha fila, ela... É... Ela foi trabalhá.*
517. T².: Aí! Conseguiu! E ela foi trabalhá e saiu do seu trabalho pra trazê o senhor?

518. B.: *Não, não, não, ela tá trabalhando... Só que ela... Ela cá comigo aqui...*

Ma... Ela saiu a...

519. T².: Ah! Ela foi fazer alguma coisa do trabalho dela.

520. B.: *Ela... Num sei a... Tem dia que ela...*

521. T².: Com que qui ela trabalha, Seu B.?

522. B.: *Ah... Pucarina!*

523. T².: Ela trabalha com vendas, alguma coisa com vendas?

524. B.: *É... É também.*

525. T².: Unhum... Ela visita clientes?

526. B.: *Isso. (S.I.)*

527. T².: Ela aproveita enquanto o senhor tá aqui, ela vai trabalhá?

528. B.: *ò... Queles lado, ó...*

529. T².: Ela vai longe, é? Ela vai de carro, sempre?

530. B.: *Tem... Tem (S.I.)*

531. T².: Anham, aí fica fácil, né? Bom, viu como eu entendi, Seu B.? Dixa eu ver se eu entendi. O senhor táva querendo me falá que a sua filha , ela trabalha de carro, né, ela, no trabalho dela, ela anda bastante, ela visita clientes.

532. B.: *Isso.*

533. T².: Aí no dia que o senhor vem, ela pega o senhor, traz o senhor aqui, enquanto o senhor tá aqui, ela faz alguma coisa por aqui, depois vem buscá.

534. B.: *I... Isso.*

535. T².: Viu como entendi o que o senhor me falô? Viu, que legal?

536. B.: *Que dá... Dá.*

537. T².: Era isso? Era, Seu B.? Eu espero até semana que vem, tá bom?

538. B.: *Muito obrigado.*

539. T²: É pra três e meia, tá bom? Certo? Daí eu devolvo o seu jogo na semana que vem.

540. B.: *Isso.*

541. T²: Pode deixá que eu cuido bem, tá bom?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, Lúcia – *O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro*. In Fonoaudiologia: no sentido da linguagem/ Maria Francisca Lier-De Vitto (org.) – São Paulo: Cortez, 1994.

BAKHTIN, Mikhail M. – Estética da criação verbal. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

BASSO, A. – Il paziente afasico. Guida pratica alla riabilitazione. – Feltrinelli Editore: Milano; 2.^a edição; 1977[1982].

BENVENISTE, Émile – Problemas de Lingüística Geral I. – 2. ed. – Campinas, SP: Pontes: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1988.

CELANI, Maria Antonieta – *Transdisciplinaridade na lingüística aplicada no Brasil*. In: Lingüística aplicada e transdisciplinaridade: questões e perspectivas. – Inês Signorini, Marilda C. Cavalcanti (orgs.) – Campinas, SP: Mercado de Letras; 1998.

CYR-STAFFORD, C. - *A dinâmica da intervenção fonoaudiológica*. In O afásico convivendo com a lesão cerebral - (64:75) São Paulo: Santos Livraria Editora; Maltese; 1995.

COUDRY, M. I. H. - Diário de Narciso. Discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos. - São Paulo: Martins Fontes; 1988.

COUDRY, M. I. H. – *Centr de Convivência de Afásicos (CCA): fundamentos teóricos e metodológicos.* – IV Congresso Latinoamericano de Neuropsicologia em Cartagena, Colômbia, outubro/1995.

DARLEY, F. L.: ARONSON, A. E. & BROWN, J. R. - Alteraciones motrices del habla. - Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1978.

ELLIOT, Alison J. - A linguagem da criança. – Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

FONSECA, S. C. da - Afasia: a fala em sofrimento. - Dissertação de Mestrado. PUC-SP; 1995.

FREUD, Sigmund – A Interpretação das afasias. – São Paulo: Martins Fontes; 1977.

FOUCAULT, M. – História da loucura na idade clássica. – São Paulo: Perspectiva; 1972.

GAGNE, Robert M. – Como se realiza a aprendizagem. – Rio de Janeiro: Livros Técnicos; Brasília: INL; 1974.

GANDOLFO, M. C. – Síndrome Frontal (Leve) ou Afasia Semântico-Pragmática. Um estudo de caso. – Dissertação de Mestrado. IEL – Unicamp. SP; 1994.

GANDOLFO, M. C. – Às margens do sentido. – São Paulo: Plexus Editora; 1996.

JACKSON, J. H. – *On the nature of the duality of the brain.* (p. 129-145) In Jackson, J.

H. (1958) – Selected Writing of John Hugling Jackson. Ed. by James Taylor,
London: Staple Press, 2 vol.; 1874.

JAKUBOVICZ, R. & MEINBERG, R. - Introdução à afasia. Elementos para o diagnóstico e terapia. - 3ª edição. RJ: Edições Antares; 1985.

JAKUBOVICZ, R. - Teste de reabilitação das afasias – Rio de Janeiro. - Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

JENKINS, J. J. e col. – Afasia en adultos según Schuell. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. – Buenos Aires: E. Médica Panamericana; 1964[1976]

LABOUREL, D. & MARTIN, M. M. – *O afásico e sua família*. In O afásico – convivendo com a lesão cerebral. / J. Ponzio, D. Lafond, R. Degiovani, Y. Joannette. A.L.Tubero, C.M.N. Hori; Maltese: São Paulo; Santos: São Paulo; 1995.

LEMOS, C. T. G. – *Língua e discurso*. – Anais do III Encontro de Aquisição de Linguagem. PUC/RS; (no prelo).

LEMOS, M. T. - *Sobre que faz texto: uma releitura de “Cohesion in English”*. – DELTA, vol. 8, nº 1 (21:42); 1992.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca - *Aquisição de linguagem, distúrbios de linguagem e psiquismo: um estudo de caso*. In Fonoaudiologia: no sentido da linguagem. / Maria Francisca Lier-De Vitto (org.) - São Paulo:Cortez; 1994.