

**Monica Cristina Gandolfo**

**A classificação das afasias em questão: lugares de  
institucionalização e de questionamento**

**UNI CAMP**  
**Instituto de Estudos da Linguagem**  
**2006**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL – Unicamp**

**Gandolfo, Monica Cristina**

**G152c**                      **A classificação das afasias em questão: lugares de institucionalização e de questionamento/ Mônica Cristina Gandolfo – Campinas, SP: [s.n.], 2006.**

**Orientador: Maria Edwiges Morato.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.**

**1. Afasia. 2. Afasia- Classificação- Metodologia. I. Morato, Maria Edwiges. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.**

**Título em inglês: The aphasia's classification in discuss: places of institutionalization and questioning.**

**Palavras-chaves em inglês (Keywords): Aphasia – Classification – Methodology.**

**Área de concentração: Lingüística.**

**Titulação: Doutor em Lingüística**

**Banca examinadora: Profa. Dra. Maria Edwiges Morato (orientadora), Profa. Dra. Anna Christina Bentes, Profa. Dra. Adriana Lia Frizman de Laplace, Profa. Dra. Margareth de Souza Freitas e Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia.**

**Data da defesa: 29/ 09/ 2006**

**Programa de Pós-Graduação: Neurolinüística**

Monica C. Gandolfo

**A classificação das afasias em questão: lugares de institucionalização e de questionamento**

Tese apresentada ao Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Lingüística

**Orientadora: Profa Dra Edwiges Maria Morato (IEL/UNICAMP)**

UNICAMP  
Instituto de Estudos da Linguagem  
2006

A presente tese, submetida à Comissão Examinadora abaixo assinada, foi APROVADA para a obtenção do grau de Doutor em Lingüística:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edwiges Maria Morato (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Christina Bentes da Silva

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Margareth de Souza Freitas

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suzana Magalhães Maia

---

Dr<sup>a</sup> Heloísa de Oliveira (suplente)

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço e dedico este trabalho aos meus pais, ao Pedro e Ana, que tanto me incentivaram na realização desta pesquisa e souberam compreender minha ausência em tantos momentos.

Agradeço aos amigos de todas as horas e especialmente à Esther Soares que tanto me auxiliou na revisão deste trabalho.

Um agradecimento especial a Edwiges Morato por todas as nossas discussões, conversas, debates e orientações, que foram fundamentais para a execução deste trabalho.

Agradeço, também, aos sujeitos da minha pesquisa empírica que gentilmente se prontificaram a participar deste trabalho, pela sua confiança, dedicação e interesse.

Por fim, agradeço a CAPES pelo financiamento da pesquisa.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	11
<b>ABSTRACT</b> .....	13
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 : Sobre as condições de emergência das classificações aos nossos dias</b>	
1.1- Introdução.....	23
1.2- As classificações do ponto de vista da Afasiologia.....	32
1.3- A classificação, do ponto de vista da moderna Neuropsicologia.....	44
1.4- A classificação das afasias do ponto de vista da Neurolingüística.....	54
1.5- Alguns outros pontos de vista no interior da Neuropsicologia: da visão localizacionista ao funcionalismo.....	61
<b>CAPÍTULO 2: A Semiologia das Afasias</b>	
2.1- Introdução.....	67
2.2- A semiologia da linguagem e a classificação das afasias.....	71
2.2.1- Sobre a semiologia das afasias.....	79
2.2.2- A semiologia das afasias para além do estruturalismo e do gerativismo.....	81
2.3- Classificação das afasias: a visão clássica em cheque.....	87
<b>CAPÍTULO 3: O MÉTODO CLÍNICO HOJE: o que perdura e o que se problematiza</b>	
3.1- Introdução.....	95
3.2- Quais as críticas dirigidas as classificações das afasias.....	96
3.2.1- A classificação sobre a relação entre o normal e o patológico e o patológico.....	97
3.2.2- Os limites teóricos e metodológicos sobre as afasias: classificação x diagnóstico.....	102

3.2.3 – A concepção normativa e estruturalista que subjaz os testes avaliativos.....	106
3.2.4- A relação dicotômica entre linguagem e metalinguagem .....	115
3.2.5- Os processos semiológicos (verbais e não verbais) co-ocorrentes de comunicação.....	120
3.2.6- A questão do erro tomado como processo e não como patologia.....	128

#### **Capítulo 4: As classificações das afasias nas práticas clínicas: um outro lugar institucional**

4.1- Introdução.....	135
4.2- Metodologia.....	138
4.3-Análise do material coletado nas entrevistas.....	141
4.4-Contradições, conflitos e enfrentamentos em relação ao método clínico: retomando os enunciados dos entrevistados sobre a classificação.....	159
4.5- Comentários gerais.....	166

<b>Comentários Finais.....</b>	<b>173</b>
--------------------------------	------------

<b>Referência Bibliográfica.....</b>	<b>181</b>
--------------------------------------	------------

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho é problematizar as classificações das afasias de duas maneiras: 1) analisando a vigência da semiologia neurolingüística e suas implicações práticas; 2) avaliando lugares institucionais de preservação e questionamento da classificação das afasias sendo eles: a academia e clínica. O objetivo é entender sua vigência, a despeito das refutações de várias ordens e de várias evidências empíricas que a questionam. Faz parte deste trabalho colocar em foco os limites e alcances do método clínico, em relação ao entendimento teórico e à conduta terapêutica no campo da afasiologia.

Assim, tendo em vista o discurso destes dois ambientes, o da academia e o da prática clínica (o metadiscurso científico clínico sobre a classificação), verificamos como é que uma lingüística não estruturalista, ou pós-estruturalista, tem se comportado em relação a semiologia das afasias. Admitindo que a teoria sócio-cognitiva é a que vai de acordo com a concepção de linguagem que considera a relação da língua e sua exterioridade como um fenômeno em construção, as bases explicativas dos fenômenos lingüísticos mudam e, conseqüentemente, muda a maneira de fazer ciência, o movimento das teorias das idéias, como, também, o método científico utilizado para se chegar a uma classificação das afasias de modo que, fazer ciência passa a se fundamentar em outras bases.

**Abstract**

This work addresses aphasia classification in two ways: 1) by analysing the neurolinguistic semiology and its practical implications; 2) by assessing the role of academic and clinical institutions in preserving and questioning such classification. The purpose is to understand its persistence in spite of many refutations and empirical observations that have raised doubts about it. This work focuses on the limits of clinical methodology, as regards the theoretical understanding and therapeutic practice in aphasiology.

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho tem como objetivo problematizar a classificação das afasias de duas formas: 1) analisando a vigência da semiologia neurolingüística e suas implicações práticas 2) avaliando lugares institucionais de preservação da classificação das afasias, sendo eles: a academia e a clínica. O objetivo é entender sua vigência, a despeito de refutações de várias ordens e de várias evidências empíricas que a questionam. Faz parte do objetivo do trabalho colocar em foco os limites e os alcances do método clínico, em relação ao entendimento teórico e à conduta terapêutica no campo da afasiologia.

Dessa maneira, primeiramente, foi feita uma revisão bibliográfica sobre as teorias subjacentes aos estudos das afasias, sobre as classificações das afasias, sobre as semiologias das afasias e sobre o método clínico. Num segundo momento, foi feita uma pesquisa empírica com profissionais da área (médicos e fonoaudiólogos) a fim de saber como pensam e atuam em relação às classificações das afasias e, por último, foi feita uma análise sobre o metadiscurso dos entrevistados com os dados bibliográficos, para entendermos como e em que termos as classificações das afasias perduram até os dias de hoje.

Desde os séculos passados, quando falamos sobre afasia, falamos sobre o resultado de uma tipologia que, por sua vez, promove um diagnóstico com finalidades médico-clínicas. Ou seja, a percepção dos fenômenos afasiológicos, desde o século XIX até os dias de hoje, se dá essencialmente pela classificação ou tipologia das afasias. O diagnóstico associado a esta classificação passa a ser uma etiqueta que o sujeito carrega e que passa a fazer parte da sua vida. Se é “o ponto de vista que cria o objeto”, como afirmou Saussure (1916/1981), é preciso saber, para entender a questão conceitual que se destaca aqui, quais são os arcabouços teóricos dos vários períodos nos estudos das afasias, que permitem classificar dessa ou daquela maneira um fenômeno lingüístico-cognitivo.

Neste sentido, ao se levantarem questões sobre as classificações das afasias, abrem-se várias frentes de discussões, tais como: 1) as que dizem respeito às teorias subjacentes aos estudos das afasias, as quais eram, inicialmente, anátomo-clinicamente concebidas e, posteriormente, também, lingüisticamente concebidas; 2) as que dizem respeito aos diagnósticos médicos e clínicos das afasias (extraídos dos testes-padrão) que, de uma certa maneira, “oficializam” a definição e a classificação proposta pela “teorização”; 3) as que dizem respeito às condutas terapêuticas que revelam não só um certo modo de apropriação destas teorias como, também, a consolidação das teorias e das classificações; 4) a relação da semiologia das afasias e sua classificação .

À medida que estes quatro itens se configuram como possibilidade de discussão pertinente, outra ainda surge, não menos importante que as anteriores. É a que diz respeito à “*institucionalização*” histórica do conhecimento a respeito da linguagem afásica – o conhecimento científico/acadêmico, as baterias de testes, as classificações e a terapêutica. Assim, quanto a este ponto, pretende-se responder à questão: “Por que, como e em que termos as classificações perduram até hoje, apesar das críticas e refutações teóricas e práticas feitas, tanto a partir da Lingüística, quanto a partir da Neuropsicologia? De onde vem e como se justifica a necessidade de classificação?”. A propósito, na passagem a seguir, Moysés (2001) aponta o quanto as formas de avaliação são determinadas pela instituição à qual pertencem:

“Mudam os nomes dos testes, os autores, alteram-se pequenos detalhes e mantém-se a essência: apenas uma forma de expressão é passível de consideração. As demais, bem, são as demais...Neste sentido, não vemos diferença entre os tradicionais testes de Q.I., os testes de psicomotricidade, as provas piagetianas, o exame neurológico evolutivo (ENE, que se propõe a avaliar a maturidade neurológica) e outros”.(op.cit.:41)

O que procuramos destacar a partir dessa citação é 1) que o conhecimento a respeito do desenvolvimento humano e de suas patologias, tal

como se fazia na ciência comparada, continua sendo elaborado com base nos preceitos da ciência moderna: observação, descrição e classificação (Kassar,1999); 2) que a questão da classificação se dá no campo da *institucionalização* do conhecimento sobre as afasias: da teorização, dos testes avaliativos e da conduta terapêutica. Como demonstrou Foucault (1966/1995), as instituições permitem que um pensamento seja transferido diretamente para elas ou vice-versa, isto é, também as instituições passam por cima do pensamento individual, adaptando a forma de um modelo de análise às suas convenções ou a seu próprio programa. Vejamos como Douglas (1986/1998) concebe a relação das classificações com as instituições:

“Um pensador que classifique os fenômenos para que sejam examinados de acordo com instituições conhecidas e visíveis poupa-se do trabalho de justificar a classificação. Já é o esquema conceitual normal para aqueles que vivem e pensam por meio de semelhantes instituições”.(op.cit.:100)

Moysés (2001), em seu trabalho intitulado “A Institucionalização Invisível”, argumenta que um “olhar clínico” não pode descartar nem a especificação das condições sociais que permite a construção deste olhar, nem os conhecimentos, abstratos e generalizáveis, elaborados pelo clínico, que servem apenas como roteiros para analisar o que é específico a cada sujeito. Como a autora afirma: “perceber e assumir os limites do olhar coloca limites à pretensão avaliatória” (op.cit.:37)

Cito, ainda, outro trecho do trabalho de Moysés (2001), a fim de ressaltar como as *instituições* contribuem para que as classificações perdurem enquanto perdurarem os termos desse domínio de institucionalização que a sustentam e a perpetuam.

“A inteligência não constitui uma abstração; significa, inclusive, capacidade de abstrações, porém ela em si não é algo abstrato. Como avaliá-la, descontextualizada da vida, isto é, tornada abstrata? A inteligência abstrata, meta de inúmeros pesquisadores, não existe na vida real das pessoas; consiste, apenas em uma categoria teórica. A inteligência abstraída só existe no pensamento clínico, que precisa se distanciar das particularidades, da individualidade, na busca do repetitivo que permita a classificação”. (Moysés, op.cit., 41)

Tendo em vista os questionamentos apontados acima a respeito da classificação e o campo em que ela se dá, o da *institucionalização*, há outras questões que este trabalho se propõe a discutir:

- O que a discussão sobre a *institucionalização* das afasias nos diz a respeito das várias construções teóricas sobre elas, que se mantêm até os dias de hoje?
- O que se pode ganhar heurísticamente com o estudo do histórico e da percepção clínica mais atual da classificação e sua *institucionalização* no campo das pesquisas neurolingüísticas?
- O que as classificações nos têm revelado (e escondido) sobre a natureza da linguagem, em especial da linguagem afásica?
- Como as abordagens lingüísticas enfrentam o problema das classificações, tradicionalmente focadas no interior do estruturalismo e do cognitivismo?

O objetivo deste trabalho é apontar algumas diretrizes para estas questões. Porém, o problema das classificações não se dá apenas porque elas estão à serviço das instituições à qual pertencem; elas, por si só, apresentam problemas pelo “modo histórico da construção do olhar clínico” (Geraldi, 2001:13 apud Moysés, 2001) e, também, pelas concepções de linguagem que as fundamentam. No campo da Afasiologia, tradicionalmente, e ainda hoje, na sua grande maioria, tanto a concepção estruturalista como a gerativista da linguagem, não permite diagnosticar e prever problemas lingüísticos que vão além da noção de língua como sistema. Um exemplo da relação do tipo de olhar clínico herdado desde o século XIX e das concepções de linguagem que amparam a análise lingüística pode ser dado através das afasias consideradas “leves”, as “mild aphasia”. São afasias que por estarem no limiar entre o normal e o patológico não apresentam uma sintomatologia tão “evidente” e, por este motivo, não estão descritas na constelação semiológica que compõe tradicionalmente as classificações.

No século XVII, marcado por um tipo logocêntrico de racionalismo, o bem falar era sinal da existência de idéias claras, apresentadas sob forma

simples e transparentes, para que assim, cada vez mais, a linguagem obedecesse a princípios lógicos, sem equívocos e sem ambigüidades. Considerava-se qualquer desvio deste modelo idealizado de língua como um distanciamento dos padrões de normalidade. Já no século XIX, o estatuto epistemológico da época era o de uma lingüística comparada e descritiva, tal como era o procedimento da ciência de modo geral, amplamente influenciada pela tradição médica, afiliada a botânica, que privilegiava a normalidade, tendo como meta o diagnóstico, a classificação (e a cura).

“... ao dar um rótulo ao problema espera-se diminuir a ansiedade da ignorância. A nomeação de doenças envolve classificações, promove diagnósticos e indica terapia. Como diz o velho ditado, “uma doença nomeada é uma doença quase curada”. (Porter, 1993:366)

Para a lingüística, nos moldes da gramática comparada, prevalecia a idéia de língua como objeto de observação e de comparação. Esta, então, era a idéia de ciência quando se iniciou o estudo sobre as afasias. Foi apenas no início do século XX, com o surgimento do estruturalismo, com Ferdinand Saussure - através da publicação do Curso de Lingüística Geral (1916) – que inicia-se uma nova noção de língua, tendo como pressuposto teórico seus elementos formais. O valor de uma palavra, para Saussure, está naquilo que a outra não é. Assim, para entender a língua é necessário subtraí-la do mundo ou seja, com a noção de valor, de acordo com Saussure, é possível formalizar não só o significante, mas também o significado.

Assim, ao se identificar - dentro do construto teórico – como é que se forja uma classificação e como ela se mantém, é possível questionar teorias que têm como preocupação localizar os processos ou mesmo níveis lingüísticos em áreas específicas do cérebro. Tal procedimento, como já foi dito anteriormente, fazia parte do paradigma das ciências do século XIX, quando o que interessava era identificar os sintomas patológicos, descrevendo-os e explicitando-os. Nas palavras de Novaes-Pinto (1999):

“A busca da objetividade na descrição dos fenômenos afasiológicos e a necessidade de classificá-los, de acordo com as semelhanças ou diferenças observadas entre eles, levam muitos pesquisadores a estabelecer limites desses fenômenos, ou seja, o conjunto de *sintomas* que compõem as diferentes *síndromes*, bem como a desenvolver uma metodologia que se pudesse utilizar para fins de diagnóstico e de classificação”. (Ibid:11)

Ainda neste mesmo século, alguns pesquisadores, tais como Broca e, posteriormente, Wernicke, aplicavam a conduta localizacionista do sintoma patológico na fala no campo da Neurologia, separando lesões anteriores (que caracterizavam dificuldades emissivas ou afasia motora de Broca) das posteriores (que caracterizavam dificuldades receptivas ou afasia de Wernicke). Esses dois tipos de afasias, a motora e a sensorial, marcam o início de uma classificação que servirá de parâmetro para compreendermos os outros diferentes fenômenos afásicos.

Freud, Luria e Jakobson foram autores que também questionaram as tipologias fechadas das afasias, cada um em sua época e em sua especialidade. A crítica de Freud (1891/1977) concerne à Neurologia e sua época. Ao invés de correlacionar sintoma lingüístico com a interrupção localizada de uma via, Freud postulava a existência de um *aparelho da linguagem*, não sendo possível, assim, procurar “substratos fisiológicos da atividade mental na função desta ou daquela parte do cérebro, mas é o resultado de processos que abarcam o cérebro em toda a sua extensão”.(Garcia-Rosa 1991/1996: 24).

Luria, neuropsicólogo, acompanhando os preceitos de Freud em relação à noção de perturbação funcional e contra o localizacionismo, propõe uma concepção de cérebro como um sistema funcional, possibilitando, assim, uma ampla descrição dos sintomas afásicos (1962;1974;1979;1986). Segundo o conceito de sistema funcional, afecções de áreas limitadas do cérebro, leva, via de regra, à perturbação de todo um grupo de processos cerebrais. (Luria, 1979)

Já Jakobson (1954,1955), lingüista, propiciou, através de uma concepção estruturalista/funcionalista da linguagem, uma ampla descrição lingüística dos sintomas afásicos descritos por Luria, abrindo a possibilidade de considerar a afasia como um problema lingüístico. Nas palavras de Morato:

Na prática (isto é, na teoria), Jakobson ampliou, tendo como pano de fundo o estruturalismo e o funcionalismo lingüístico (sob sua forma mais produtiva, o Círculo Lingüístico de Praga), algumas das idéias de Saussure: no entendimento dos tipos de afasia descrita físico e neuropsicologicamente por Luria, Jakobson trabalhou teórica e metodologicamente com dicotomias clássicas, estabelecendo dois grandes eixos projetados um sobre o outro, sintagmático e paradigmático. Este entendia que as afasias afetavam distintamente os aspectos motores e sensoriais (expressivo e receptivos), voltados para as tarefas de articular e compreender a linguagem, que pode ser alterada em suas diferentes funções (fala, audição, leitura e escrita) e modalidades (oral e escrita), ainda que de maneira seletiva” (Morato, 2001).

Em suma, como se procura assinalar com o enunciado até aqui, este trabalho procura articular várias frentes de discussão que considera que no campo da *institucionalização* há um “olhar clínico” que já está pré-determinado por ela, de tal modo que a direciona para um certo modelo de classificação, tanto no que diz respeito às práticas lingüísticas, quanto ao campo acadêmico-científico. Por último, assumindo uma concepção discursiva da linguagem, que pressupõe uma explicação sociocultural para a cognição humana, não apenas biológica/orgânica, abre-se a possibilidade de discussão dos termos em que a Afasiologia e a Neurolingüística têm enfrentado a questão da classificação nas afasias, ou melhor, seus princípios classificatórios, ou suas “razões classificatórias” - como diz Tort (1989).

## Capítulo 1: Sobre as condições de emergência das classificações e sua vigência

### 1.1- Introdução

“Da superfície muda das coisas deve partir um sinal, um chamado, um piscar: uma coisa se destaca das outras com a intenção de significar alguma coisa... o quê? Ela mesma, uma coisa fica contente de ser observada pelas outras coisas só quando está convencida de significar ela própria e nada mais, em meio às coisas que significam elas próprias e nada mais. (Calvino, I., 1990:102)

No século XVIII, vigorava no mundo ocidental o Iluminismo. Essa corrente filosófica, que enfatizou tanto a razão como a experiência, promoveu influências nos múltiplos setores da atividade humana. Sendo a linguagem um dos componentes do conhecimento, é dela que iremos tratar; mais especificamente, a linguagem no campo das patologias cerebrais.

Kant (1950), filósofo do século XVIII e membro da corrente Iluminista, criticava o ponto de vista de que o conhecimento se dava apenas de maneira apriorística. Para ele, o conhecimento resultava da síntese entre duas fontes: uma, *a priori* (o conhecimento acontece segundo as formas geneticamente determinadas – como nas correntes inatistas) e outra, *a posteriori* (a experiência é a única fonte de conhecimento – como nas correntes empiristas). Diferentemente do que se pensava no interior de outras correntes filosóficas que precederam o Iluminismo, Kant defendia que são os objetos que se submetem às leis do conhecimento imposta pelo entendimento humano e não ao contrário, como pensavam seus antecessores, para os quais o

entendimento é que se deixa governar pelos objetos. No que tange à linguagem, isto significa que, além de corresponder a um sistema de idéias universais vindo de um conhecimento apriorístico, ou seja, inato, ela também se reduz ao processo de denominação. Isto quer dizer que as palavras substituem os objetos, tal e qual eles aparecem no mundo, além de representar, cartesianamente, através de sua instrumentalidade, a transparência do pensamento. Essa mudança conceitual quanto à relação sujeito-objeto (questionando o sujeito que mantém uma postura passiva diante dos objetos) provocou um salto radical em direção ao empirismo. Para este, a experiência, aquilo que se dá dentro dos limites do observável, é a única fonte de conhecimento.

Ao longo da história da ciência, é possível notar que as mudanças de paradigmas vão alterando os caminhos que até então estavam sendo seguidos (cf. Kuhn 1962/2000). Por exemplo: na época medieval, Copérnico, através de sua teoria sobre a órbita dos planetas - com o sistema heliocêntrico - revolucionou a idéia de que o homem era o centro do universo. Esse novo paradigma sobre o sistema planetário foi um divisor de águas na história da ciência. Kuhn (1962/2000), porém, argumenta que, apesar de Copérnico apresentar uma ruptura com a visão de mundo dominante, ele acaba retornando a princípios marcadamente aristotélicos, ou seja, ele se esforça em ajustar a hipótese sobre o movimento da Terra em torno do Sol com teses da física aristotélica. Dessa maneira, Kuhn advoga que não há aí praticamente nenhuma transformação substancial das teses aristotélicas; o que há é uma complementação dos argumentos observacionais, ou seja, os dados observados são recolocados em outros exemplos. Desta maneira, Copérnico, cujo trabalho misturava as duas tradições, estava no meio termo entre o antigo e o moderno. Porém, se ele não houvesse implantado os germes para uma nova concepção das órbitas planetárias, a astronomia heliocêntrica não seria o ponto de partida para a Astronomia Moderna (cf. Kuhn 1962/2000).

Esses dois exemplos citados acima, tanto a reformulação sobre a órbita planetária feita por Copérnico, como a maneira pela qual se adquire conhecimento defendida por Kant, apesar de acontecerem em épocas bastante

distintas e em áreas também bastante diferentes, foram marcas de “revoluções” científicas, revoluções estas que aconteceram, também, em muitos outros momentos da história da ciência e nas mais variadas áreas. Mas, o que gera essas “revoluções”? O que leva a haver uma mudança de paradigma? Segundo Kuhn (ibid), o ponto de partida para que haja uma crise, e conseqüentemente um colapso nas teorias vigentes, é reconhecer que um determinado paradigma deixou de funcionar adequadamente, tanto na exploração como na explicação de um aspecto da natureza. Após esta constatação, é necessário, também, que o cientista veja o fato de maneira diferente do ponto de vista conceitual ao observacional. Nas palavras do autor:

“Se as novas teorias são chamadas para resolver as anomalias presentes na relação entre uma teoria existente e a natureza, então a nova teoria bem sucedida deve, em algum ponto, permitir previsões diferentes daquelas derivadas de sua predecessoras. Essa diferença não poderia ocorrer se as duas teorias fossem logicamente compatíveis”. (ibid:131).

Contudo, enquanto os cientistas não se derem conta de que seus paradigmas foram afetados por um novo tipo de fenômeno – o qual foi motivado por uma alteração conceitual sobre este dado fenômeno, provocando uma mudança de olhar - ele pode passar a ser apenas uma simples adição ao conhecimento. Neste caso, não há uma reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios, mas encaixes que muitas vezes vão sendo feitos de maneira *ad hoc*, parecendo etapas normais de um processo em desenvolvimento. Isso foi o que sucedeu com a teoria heliocêntrica de Copérnico: a princípio, ela parecia ser uma complementação das teses aristotélicas, quando, de fato, modificou o *conceito* das órbitas planetárias.

Assim, através da mudança de um paradigma, não só passam a surgir novos problemas, mas também aparece a possibilidade de suas soluções: os cientistas adotam instrumentos distintos daqueles usados anteriormente e orientam seu olhar em novas direções. O que as pesquisas do passado, a partir da perspectiva da historiografia, vêm demonstrando é que, embora o mundo não mude com a mudança de paradigma, ao acontecer isso, os cientistas passam a trabalhar em um mundo diferente.

“É como se a comunidade profissional tivesse sido subitamente transportada para um novo planeta onde objetos familiares são vistos sob uma luz diferente e a eles se apregam objetos desconhecidos. Certamente não ocorre nada semelhante: não há transplante geográfico; fora do laboratório os afazeres cotidianos em geral continuam como antes. Não obstante, as mudanças de paradigma realmente levam os cientistas a ver o mundo definido aos seus compromissos de pesquisa de uma maneira diferente. Na medida em que seu único acesso a esse mundo dá-se através do que vêem e fazem, poderemos ser tentados a dizer que, após uma revolução, os cientistas reagem a um mundo diferente”. (Kuhn, 1962/2000:146)

Essa diferença diz respeito a diferentes interpretações que um novo paradigma é capaz de fornecer. Não são os objetos que mudam ou mesmo a sua percepção que se torna diferente. Mesmo o cientista tendo a consciência disso, ele os encontra, pela própria possibilidade que o paradigma cria, em vê-los totalmente transformados em muitos de seus detalhes, pela possibilidade de interpretá-los de outra maneira.

Assim sendo, toda ciência pressupõe um paradigma que possibilita o *levantamento de dados*, a criação de *instrumentos* para estabelecê-los, o levantamento de suas *regularidades* e os *parâmetros conceituais* necessários para a sua interpretação. Isso é o que analisaremos posteriormente na análise das classificações das afasias. Procuraremos, também, vir a saber qual o paradigma que corresponde a cada uma delas. Será que houve mudanças de paradigmas ao longo de todos esses anos no campo da Afasiologia e da Neurolingüística? Ou será que a classificação que se fazia no século XIX mantém o mesmo peso, lugar e expectativa durante o século XX e início do século XXI? Abrindo espaço para essas discussões, veremos se vale a pena manter as classificações e em que moldes epistemológicos isso seria possível. É importante lembrar, também, que para essa época – a do século XIX - havia uma expectativa lógica de relação simétrica entre linguagem e o mundo, com a linguagem “etiquetando” o mundo, categorizando o mundo, ou ainda, a linguagem como um retrato da realidade: “o mundo fornece, então, uma base fixa à linguagem e a linguagem apoia-se sobre esta base. Ora, isto mostra que há um elemento fixo comum ao mundo e à linguagem. Esse elemento fixo não

é empírico, mas puramente formal” (Moreno,2000:22). Assim era concebido o funcionamento da linguagem por Wittgenstein em *Tractatus* (1939): a linguagem é inteiramente referida ao mundo e através de sua forma lógica é possível pensarmos o mundo real e falar sobre ele.

Segundo Spencer (1900), para a ciência comparada agrupavam-se os objetos semelhantes aos diferentes, não como eles se manifestavam habitualmente aos nossos olhos, mas como eles se manifestavam em seus modos diferentes, quando artificialmente comparados uns aos outros. Vejamos como Spencer expõe esta questão:

“Assim como a lógica e as matemáticas têm por objetivo generalizar as leis das relações qualitativas e quantitativas, consideradas fora dos objetos entre os quais elas se estabelecem, assim a mecânica, a física, a química, etc., têm por objetivo generalizar as leis de relação a que obedecem as propriedades da matéria e do movimento, quando são, cada uma particularmente, separadas de todas as circunstâncias fenomenais que as modificam na realidade” (Spencer:13)

Para justificar o que foi dito acima, a respeito da maneira pela qual a ciência tratava os fenômenos - seja de maneira abstrata<sup>1</sup> ou de maneira concreta – separando artificialmente dos outros fenômenos que também fazem parte de sua composição, Spencer dá como exemplo a lei segundo a qual a luz se propaga na razão inversa do quadrado da distância. É uma verdade de maneira absoluta, só quando a radiação se efetua de um ponto sem dimensões, o que nunca acontece. A mesma lei faz supor que os raios são perfeitamente retos, o que, também, não pode acontecer, a menos que o meio seja perfeitamente homogêneo. Segundo Spencer (*op.cit*), o mesmo se pode dizer da química; antes de proceder ao estudo de suas propriedades respectivas, o pesquisador separa todos os elementos heterogêneos. O pesquisador, assim, não aceita as substâncias tais como a natureza às apresenta.

---

<sup>1</sup> Segundo Spencer (1900), a menor partícula da matéria apresenta simultaneamente: *verdades abstratas*, que são as relações no tempo e no espaço; *verdades abstrata-concretas*, que são os modos de ações particulares pelos quais a força se manifesta nessa partícula, e *verdades concretas*, que são as leis de ação combinada desses diferentes modos de força.

O que Spencer (*op.cit*) conclui quanto a este modo de proceder diante da ciência é que as ciências abstrato-concretas têm por fim a explicação analítica dos fenômenos: decompõe-se o fenômeno, separam-se uns dos outros elementos que o compõem; ou seja, se alguma vez faz-se uso da síntese, é apenas para verificar a análise.

Mas qual seria a parte da ciência que toma os termos das relações, as condições heterogêneas que constituem os fenômenos? Segundo esse autor, é a ciência concreta, pois ela tem como finalidade a explicação de cada fenômeno como produto de todos os outros elementos combinados. É como se a análise empregada auxiliasse a síntese. Segundo suas palavras:

“O fim não é pois agora descobrir os fatores dos fenômenos, mas descrever os fenômenos produzidos por estes fatores, tais como o universo os apresenta, com suas circunstâncias variadas” (ibid:20).

Até o momento, falamos de questões conceituais que compõem e que interferem na idéia de ciência. A ciência, nessa época (meados do século XIX e início do século XX), não só era comparativa, como também descritivista. Essas questões conceituais que ancoram a Afasiologia são apontadas por Françaço (1987) como sendo aquilo que impede maiores desenvolvimentos nos estudos das afasias. A taxonomia clássica, vinculada diferentemente com as doutrinas de Broca e de Wernicke, mostra-se inadequada na tarefa de apontar os mecanismos subjacentes ao processamento da linguagem. Nesta época, as questões de linguagem eram vistas, também, de forma analítica. Ou seja, segundo a maneira descrita por Spencer (1900), o mesmo era feito na linguagem: decompõem-se os fenômenos lingüísticos, de maneira que as partes são descritas com a finalidade de se poder generalizar as leis, tal como era feito, por exemplo, na física ou na química, obedecendo-se, assim, às propriedades da matéria e do movimento.

Ainda no século XIX, e no campo do domínio da linguagem, a classificação, como também a observação de dados, era feita através de uma estabilidade característica da produção científica da época. Essa estabilidade dizia respeito a uma observação objetiva, real e inquestionável, onde nada estava oculto, tendo a linguagem o papel de transformar os sintomas em

signos. Da mesma maneira isso era feito, por exemplo, pelos botânicos, resultando daí, uma “herborização no campo do patológico” (Foucault, 1980): colhem-se os dados da língua como os da planta, ou seja, naturalmente, onde “o olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso as verdades das coisas, se colocam em silêncio sobre elas, se tudo se cala em torno do que vê” (Foucault, op.cit.:122). Aqui, não havia uma separação entre as “coisas” e as “palavras”, onde o modo de ver e o modo de dizer estavam extremamente ligados.

Segundo Moreno (2000), foi através da Gramática de Port Royal<sup>2</sup>, no século XVII, que a investigação lingüística acabou exercendo grande influência no pensamento científico. Para esta concepção de linguagem, o importante era estabelecer princípios que não se prendessem à descrição, mas a suas generalidades. A epistemologia que interessa para este ponto de vista alinha-se ao paradigma positivista – em que as dicotomias estão tão presentes nas regularidades destes dados. Para o positivismo, as questões sobre a historicidade, as descontinuidades, a relação de reciprocidade entre corpo/alma, sujeito/objeto, normal/patológico, ficam totalmente apartadas do fato de linguagem.

Com a lingüística comparativa, o que importava não era mais o ideal universal, tal como no século XVII, mas o conhecimento de que as línguas se transformam com o tempo, que seguem uma necessidade própria e que possuem regularidades. Para a lingüística comparativa, o interesse está em estudar o percurso social, a relação entre a língua e a sociedade. Surgiram, então, os neo-gramáticos que, através de estudos históricos comparados, vão demonstrar que as línguas fazem parte da mesma origem e que, através de transformações próprias e naturais, passam a apresentar formas específicas.

---

<sup>2</sup> A Gramática de Port Royal surge como resposta às insatisfações com a gramática formal do Renascimento. Inicia-se, assim, a busca do rigor científico. Baseda no racionalismo francês de Descartes, surgem as tentativas de elaboração da gramática filosófica a partir do princípio de que a língua é a expressão do pensamento e que o pensamento é governado pelas mesmas leis em todos os seres humanos, sendo possível, a elaboração de uma gramática geral, comum a todas as línguas.

Ainda sobre a questão sobre a mudança de paradigma, no artigo de Françaço & Albano<sup>3</sup>, os autores questionam se o cognitivismo – que tem por base teorias mentalistas, substituindo as teorias behavioristas – foi uma revolução kuhniana que desbancou o behaviorismo. Os autores, ao negarem esta posição, a de que houve uma “revolução”, justificam esta posição da seguinte maneira:

Somos seduzidos pela idéia de que somos os agentes de uma revolução e sentimo-nos dispensados da tarefa da crítica, dirigindo-a apenas contra o oponente. Nas ciências já há muito institucionalizadas, o interesse dos cientistas pela história do seu campo é, em geral, muito baixo; portanto, o discurso historiográfico não afeta a teoria ou mesmo a especulação. Nas ciências em formação, em contrapartida, ele se mistura à especulação e acaba influenciando as teorias. Daí resulta que surgem teorias que nada dizem de novo, e apenas tentam explicar melhor, ou com outras palavras, o que o concorrente já explicou, pouco acrescentando ao conteúdo empírico da disciplina em questão. (Françaço & Albano, 2004: 303)

A crítica que fazem os autores é a respeito do modelo kuhniano sobre as revoluções científicas, pois segundo eles o modelo “presta um desserviço às ciências recém institucionalizadas porque alimenta a irracionalidade dos cientistas” (ibid:303) e, na perspectiva da história da ciência que adotam, é indispensável o exercício da crítica ao avanço do conhecimento científico. Resumidamente, segundo os autores, no que diz respeito à história das ciências cognitivas, ela se deu da seguinte maneira:

- Na década de 1920 o programa epistemológico de origem platônica foi levado por lógicos e psicólogos empiristas, os positivistas lógicos e os behavioristas, que tinham como base em seu núcleo metafísico duas teses que deram lugar a muitas teorias lógicas: a) a inteligência é manipulação de símbolos e b) a inteligência é passiva.
- Devido ao surgimento de críticas a esse programa – feitas por Wittgenstein e Popper – principalmente no que diz respeito à passividade da inteligência, o programa começa a degenerar-se e,

---

<sup>3</sup> “Virtudes e vicissitudes do cognitivismo, revisitadas”, in: Introdução à lingüística: fundamentos epistemológicos, volume 3.

com isso, novas reinterpretações de velhos fatos aparecem ao invés de surgirem fatos novos.

- A “revolução” foi feita substituindo a tese da passividade da inteligência pela contraditória. “Surge, então, o cognitivismo, cuja vertente clássica nada mais é do que a versão racionalista do programa filosófico de uma epistemologia científica” (ibid:305), revigorando-a com o enxerto racionalista de que a inteligência é *ativa*.

Assim, o que os autores pretendem nesse artigo é fazer uma crítica no interior do próprio programa de pesquisa, no caso sobre o cognitivismo, como aquele proposto por Lakatos (1979), propiciando, dessa maneira, que paradigmas em sucessão dêem lugar a programas de pesquisas em “competição”, com momentos ocasionais de hegemonia. Assim, o que muitas vezes pode ser considerado como sendo uma revolução científica, a derrubada de um programa, é a sua incapacidade de produzir fatos novos – muitas vezes velhos fatos é que são reinterpretados - além de ter um programa substituto à mão.

Vemos, então, que a mudança de um paradigma para Kuhn é motivada pelo colapso de uma teoria, quando esta não consegue explorar e explicar um dado fenômeno, tanto do ponto de vista conceitual como observacional, devendo ter um substituto, uma outra teoria, à mão. Para França & Albano (ibid), no entanto, a mudança de paradigma é provocada pela crítica no interior do próprio programa, dando “lugar a outros programas de pesquisa em competição”, sem, com isso, mudar, necessariamente, seus pressupostos.

A seguir, veremos como, no contexto intelectual apontado até aqui, os neurologistas clássicos e, posteriormente, os neuropsicólogos e os neurolingüistas forjam uma classificação das afasias.

## 1.2-As classificações do ponto de vista da Afasiologia

Aqui pretendemos fazer um percurso histórico para podermos ter uma idéia mais precisa de como as classificações são forjadas e consolidadas ao longo de seu tempo. O que é que circunda a questão da classificação? A captura da essência das coisas? Uma maneira organizada de ver o mundo? No caso das classificações das afasias, seria uma maneira de poder investigar e compreender o que alterou no funcionamento da linguagem? Vejamos, então, como se deu o processo a respeito das classificações das afasias que se iniciou no século XIX .

Desde o início dos estudos afasiológicos, o que sempre interessava aos pesquisadores era o princípio da localização das funções. O dualismo corpo/alma, a natureza inata das faculdades mentais e a noção de que a mente era algo localizado no cérebro trouxeram grande aceitação e interesse por parte dos estudiosos do século XVI e XVII. Nesta época, eram os aspectos perceptuais que despertavam mais interesse do que a linguagem propriamente dita. Posteriormente, no século XIX, Franz Joseph Gall (1758-1828), apesar de nunca ter escrito especificamente sobre afasia e nem mesmo apresentado interesse primordial pela linguagem, pretendia localizar as faculdades mentais no cérebro. Desta maneira, Gall acaba se tornando um grande precursor da Neuropsicologia com sua doutrina conhecida por “Frenologia”, apresentando um deslocamento da localização das faculdades mentais dos ventrículos para o encéfalo, além de postular a existência de novas faculdades mentais que não apenas aquelas herdadas da tradição aristotélica: percepção, razão e memória. A Frenologia, devido ao momento histórico em que se encontrava – o período da *Restauração* como resposta à Revolução Francesa - apresentava idéias *racionalistas*, que admitiam o cérebro como um órgão compartimentado. Vejamos como a Frenologia era constituída do ponto de vista racionalista (Eling,1994):

- Devido ao fato de a mente estar localizada no cérebro, ela pode ser dividida em vários componentes que ocupam diferentes localizações cerebrais.
- Estes componentes corticais – Gall chamou-os de *organs* – são autônomos e completamente independentes entre si.
- As faculdades mentais inatas, são divididas entre aquelas que podem ser localizadas, tais como linguagem, música, instinto assassino, veneração a Deus; e as que não podem ser localizadas, como memória e raciocínio.
- Uma faculdade mental bem desenvolvida requer um órgão cortical também bem desenvolvido.

Apesar de as faculdades mentais postuladas por Gall não serem observáveis, o que se podia notar eram os talentos, as manias ou as tendências ou traços de caráter. Observavam-se as proeminências como resultado do desenvolvimento maior do órgão cortical subjacente, para que assim se pudesse fazer uma correlação direta entre os dados. O mérito de Gall é muito mais de ordem conceitual que empírica, embora seu trabalho tenha sido considerado “o marco dos estudos empíricos sobre a localização cerebral, bem como a tentativa de determinar faculdades que pudessem explicar o comportamento humano e dos animais em seu ambiente natural”.(Vieira, 1992:14)

Apesar de Broca admitir que a localização da função articulatória foi inspirada no trabalho de Gall, ele não foi o pioneiro nesse tipo de empreendimento. O localizacionismo é uma teoria que já vinha sendo desenvolvida desde Hipócrates (460 a.C.) e Platão (422-388 a.C.). Seguindo a tradição aristotélica, o cérebro era dividido em percepção, razão e memória, faculdades localizadas da seguinte maneira: sensação e imaginação no *ventrículo anterior*, razão no *ventrículo médio* e memória no *ventrículo posterior*. Esta concepção de cérebro não só teve influência durante toda a Idade Média, apesar de ter havido muitas modificações e acréscimos, como também influenciou a moderna Neuropsicologia, que abrange a época entre Gall e a contemporânea Neuropsicologia (Eling,1994).

Assim sendo, o mérito de Gall se dá de duas maneiras: por ter resgatado a idéia do localizacionismo - rejeitado até então pelo dualismo cartesiano - e por ter sido o primeiro neurologista a introduzir a idéia de “verticalização” ou *de domínio específico do cérebro*.

Como Broca, Bouillaud (1796–1881) também foi um seguidor de Gall ao confirmar que a perda da fala corresponde à lesão nos lobos anteriores do cérebro. Porém, diferentemente de Broca, para Bouillaud, que também se dedicou a estudos anátomo-clínicos, o cérebro apresenta um “centro cerebral” que ocupa o lobo anterior, responsável pelos movimentos da fala. Mas, Bouillaud aprofunda mais essa discussão sobre a localização através de sua conclusão de que a perda da fala não é redutível à perda de uma função motora, pois em seus estudos foi possível verificar casos em que o sujeito perdia a fala sem que houvesse uma paralisia dos órgãos fono-articulatórios. Ou seja, apesar de o sujeito apresentar a perda da fala, os lobos anteriores estavam intactos. A repercussão desta conclusão gerou bastante polêmica, principalmente por parte dos unitaristas, o que será visto a seguir.

Foi sob esse clima de debates entre localizacionistas e unitaristas que Broca apresentou o seu famoso caso *Tan-tan*<sup>4</sup>. Ao estudar este caso, Broca tinha como intenção correlacionar a sintomatologia apresentada pelo sujeito com as alterações anatômicas encontradas. Ele define o caso *Tan-tan* como um caso de *afemia*: perda da fala sem que haja outros comprometimentos envolvidos, ou seja, a *faculdade geral da linguagem* fica preservada, mesmo havendo um comprometimento na *faculdade da linguagem articulada*. Assim, para Broca, o caso *Tan-tan*, em função de lesão cerebral na região anterior do cérebro, provocou o ‘cancelamento’ da *linguagem articulada*. Mas o que Broca queria dizer quanto à perda da linguagem articulada? Seria a perda da memória dos movimentos articulatórios, já que todos os outros componentes permaneceram intactos?

---

<sup>4</sup> Leborgne (o caso Tan-tan), aos 30 anos foi internado no hospital Bicêtre em Paris. Desde criança sofria de ataques epiléticos e sua internação foi devida a perda da fala. O paciente só conseguia se expressar monossilabicamente através da palavra *tan-tan* acompanhada de gestos, demonstrando, assim, que sua compreensão estava preservada. Com o passar do tempo, seu quadro foi-se agravando sendo necessário a realização de uma intervenção cirúrgica no membro inferior direito em função das constantes paralisias que o acompanhavam e, a partir desse momento, Broca passou a acompanhar o caso. (Eling, 1994)

Esta pergunta é interessante para vermos de que maneira Broca classifica os distúrbios de fala. Para o autor, havia quatro níveis pelos quais a linguagem é realizada: em primeiro lugar estaria o nível onde as idéias são desenvolvidas – seria a faculdade geral da linguagem. Em segundo lugar, a idéia estaria sendo transformada em signos convencionais, em forma de linguagem – quando for este o modo de expressão pretendido (*mapping onto the conventional signs*) – ou através de outras formas de expressão como, por exemplo, pela escrita ou gestos. Broca considera estes dois primeiros níveis como fazendo parte da função superior do córtex, a função “intelectual” do cérebro. Em terceiro lugar, estaria o ato de combinar os movimentos dos órgãos da articulação, de maneira a produzir as palavras convenientes e desejadas. Em quarto lugar, estaria a integridade dos órgãos da articulação para que se realizem motoramente as ordens da vontade. (Eling, 1993)

Broca chamou as alterações de fala decorrentes do primeiro grupo de alogia: os pacientes são capazes de falar, mas de maneira totalmente desconexa, ao acaso, além de apresentarem dificuldade de compreensão. Broca atribui essa ausência de idéia ao se expressar como fazendo parte da perda da inteligência em geral.

As alterações encontradas no segundo grupo, Broca chamou-as de amnésia verbal : seria a ausência da relação entre a idéia e a palavra. Pessoas acometidas por esta alteração são capazes de pronunciar as palavras, ou seja, a parte articulatória se mantém intacta, porém, mesmo assim, não conseguem se expressar.

Afemia foi a denominação dada por Broca para as alterações encontradas no terceiro grupo: as idéias existem, porém ao expressá-las muitas vezes o fazem através de gestos ou através de monossílabos, blasfêmias ou mesmo por meio de palavras não pertencentes à língua (jargão e neologismo). Os pacientes geralmente apresentam boa compreensão do que lhes foi dito, porém apresentam muita dificuldade na repetição das palavras.

Por último, as alterações do quarto grupo: Broca chamou-as de alalia mecânica: são as dificuldades da ordem da articulação decorrentes de alteração neuro-muscular, não necessariamente acompanhadas de paralisia.

O que se pretende na evocação da classificação dos distúrbios da fala proposta por Broca – e como veremos, também, a classificação proposta por outros autores, como Wernicke, Jackson, Freud, Head, Goldstein e Luria - é ver de que maneira os autores forjam uma classificação e quais são seus pressupostos teóricos nesse empreendimento, ou melhor, quais são as questões epistemológicas e ontológicas envolvidas nestas classificações. Como é possível observar, para Broca, o cérebro é um órgão compartimentalizado, onde cada região é responsável por uma determinada função; para entendê-las, é necessário decompô-las.

Contudo, é importante perceber que Wernicke, em 1870, ao descrever o correlato posterior da afasia motora descrita por Broca – a afasia sensorial - partiu de pressupostos conceituais bastante distintos dos de Broca. Através da teoria de conexões de Meynert<sup>5</sup>, Wernicke assume aquelas mesmas noções, em que as camadas corticais se distinguem através de dois grupos de fibras: as de projeção (conexão em pequenos centros) e as de associação (conexão de diferentes regiões do mesmo hemisfério). Partindo dessa concepção de funcionamento cerebral, Wernicke nega a exigência de uma área circunscrita tanto para as faculdades mentais como para a linguagem. Assim, para Wernicke, as faculdades mentais, por serem o produto da relação de diferentes regiões, não podem ser propriedades de regiões localizadas no cérebro. Desta maneira, o que Wernicke postula é a existência de imagens – sensoriais e motoras – que fazem conexão entre si e que resultam nas funções mentais superiores. Vejamos como isso é formulado pelo autor:

“A camada superficial do cérebro pode ser dividida em duas grandes áreas diferentes de significados de funcionalidade. A primeira (lobo frontal) é a área motora que contém a representação do movimento; a segunda (lobo têmporo-ociptal) é a sensorial, contém a imagem da memória do sentido da impressão. O lobo parietal, que se encontra entre essas duas regiões, é uma área de transição”.  
(Wernicke, 1969/1874:36)

---

<sup>5</sup> “Em 1870, Meynert realiza a primeira descrição precisa das camadas corticais e distingue dois grupos de fibras: as de projeção e as de associação; indica que a parte anterior do cérebro tem função motora e a posterior sensorial.” (Vieira, 1992:43)

Apesar de Wernicke propor uma concepção de cérebro mais integralista que a de Broca, ao descrever uma classificação das afasias, ele ainda mantém o mesmo paradigma de Broca: a correlação direta entre lesão cerebral e sintoma lingüístico. Esta postura talvez possa ser justificada pela própria maneira de se adquirir conhecimento. Ou seja, o empirismo era a ciência em voga na época, como também a formalização da linguagem. Dessa maneira, a postura de Wernicke é muito mais da ordem da adição, acrescentando mais elementos para o conhecimento vigente, que uma mudança de paradigma afetado por um novo tipo de fenômeno.

Segundo Eling (1994), Wernicke propôs a seguinte classificação das afasias com suas respectivas sintomatologias para as lesões posteriores do cérebro (região occipital)<sup>7</sup>:

- Afasia sensorial: o paciente apresenta dificuldade ou incapacidade de repetição, de compreensão da linguagem oral, de percepção dos erros de sua fala e do uso adequado das palavras; há presença de agrafia e alteração de leitura para aquelas que se apoiam na imagem sonora.
- Afasia de condução: são os casos que apresentam parafasias, falas hesitantes e laboriosas.
- Afasia motora: esta é a afasia descrita por Broca; a compreensão está preservada, porém a expressão do paciente se reduz a poucas palavras.

A afasia de condução provocou muita discussão, principalmente por parte de Freud (1871/1977) e Lichtheim (apud Vieira, 1992), que não acreditavam que havia uma distinção das afasias devido a lesões de centros e devido a lesões das vias de condução. Para eles, o que havia era uma modificação do estatuto funcional e não uma interrupção localizada de uma via, como veremos mais adiante.

---

<sup>7</sup> Wernicke descreve a região occipital, como aquela responsável pelo armazenamento da imagem sonora. Assim, uma lesão nessa região “extingue a imagem sonora dos nomes dos objetos da memória, embora o conceito dos objetos possa permanecer íntegro”. (Vieira, 1992: 40)

Jackson, em 1866, propunha uma outra concepção de funcionamento cerebral criticando tanto o localizacionismo – os chamados centros da linguagem - como a ‘faculdade’ para a linguagem, postulando, assim, uma visão de cérebro como um órgão em movimento. Vejamos como isso é dito por Vieira quando a autora se refere à concepção de cérebro segundo os preceitos de Jackson:

“...existe uma grande diferença entre localizar a área lesada que destruiu a linguagem e localizar a linguagem em alguma área do cérebro. Quando localiza-se a área lesada pode-se no máximo supor a localização dos sintomas e não da função normal.” (Vieira, 1992: 50)

Assim, Jackson, ao se referir à afasia, apresenta a seguinte classificação<sup>8</sup>: sem fala (*speechless*), em que há perda da capacidade de fazer proposições<sup>9</sup>, ou perda da capacidade de simbolizar e de operar mentalmente. Desse modo, um “sujeito *speechless*” tem a possibilidade de alterar tanto a linguagem interna (perda da capacidade de realizar proposições internamente) como a externa (perda da capacidade de realizar a linguagem em voz alta); e *wordlessness*, em que há perda total da capacidade de processar as palavras. Assim, estar afásico, para Jackson, é perder a capacidade de usar as palavras com a finalidade de fazer proposições. Estar sem fala (*speechless*), para Jackson, não implica necessariamente que haja perda total da capacidade do processamento da linguagem.

Jackson apresenta os hemisférios cerebrais como tendo semelhanças e diferenças em suas formas de funcionar. O hemisfério direito teria a função de lidar com o uso *automático* ou *involuntário* das palavras (uso inconsciente); já o esquerdo seria responsável tanto pelo uso *automático*, como, também,

---

<sup>8</sup> É importante lembrar que, apesar de Jackson considerar o cérebro como um órgão em movimento, o mesmo não acontecia com a linguagem. A linguagem, segundo Jackson, o qual baseava-se nas idéias de Jules Baillarger, distinguia-se entre linguagem voluntária (intelectual) e involuntária (emocional) conforme o hemisfério cerebral.

<sup>9</sup> Segundo Jackson (Eling, 1994), o termo e o conceito de proposição são constituintes significantes da lógica aristotélica. Proposição é a unidade de palavra onde o sentido se dá. “Proposição é definida como um conjunto de palavras para se criar um novo sentido, não por mera adição pelo qual nós apelamos pelo sentido separado das palavras; os termos numa proposição são modificados “by each other ” (Ibid: 140). (“A proposition is defined as such a relation of words that it makes one new meaning, not by mere addition of what we call the separate meaning of the several words; the terms in a proposition are modified by each other.”

*voluntário* (uso consciente) das palavras. Pacientes *speechless* permanecem com o uso involuntário ou emocional das palavras, perdendo o seu uso proposicional.

Após vermos de que maneira se dá o funcionamento da linguagem no cérebro segundo o ponto de vista de Jackson, é interessante apontar alguns aspectos que diferem Jackson dos autores abordados anteriormente:

- Uma palavra vem acompanhada tanto de um estado físico (dificuldades articatórias, perda da função de certas organizações nervosas no cérebro), como também de um estado psíquico ou emocional, e estes dois estados, segundo o autor, são coisas que apresentam naturezas diferentes.
- As afasias diferem em grau, em qualidade e em gravidade, porque as posições das lesões no cérebro variam: “diferentes quantidades de organização nervosa em diferente posição são destruídas com diferente rapidez em diferentes pessoas” (Eling, 1994:153) .
- Jackson postula graus de afecções de linguagem, além de apresentar uma diferenciação entre fala e linguagem. Segundo o autor, a fala está relacionada com o uso das palavras. Pouco vocabulário e troca de palavras ao falar (parafasias), caracterizam o *Defect of Speech (1)*. No caso de *Loss of speech (2)*, o autor descreve o paciente como praticamente *speechless*, além de os gestos estarem comprometidos. No caso de *Loss of Language (3)*, o paciente, além de ser *speechless*, perdeu totalmente os gestos e sua linguagem emocional – a automática ou involuntária – está profundamente envolvida. Somente os casos (2), considerados *Loss of speech*, é que Jackson considera como sendo afasia.
- Outra questão bastante importante apontada por Jackson, e que também diz respeito à linguagem, é saber o que basicamente o paciente perdeu na linguagem (condição negativa) e o que ficou preservado (condição positiva), pois somente tendo esta noção é que se poderá traçar a relação entre (1), (2) e (3).

- Para Jackson, não há quase diferença entre linguagem interna e externa. A diferença está na maneira de se proposicionar. Enquanto a linguagem externa se propõe em voz alta, a interna se propõe sem articulação.

Vemos, assim, que Jackson, apesar de tentar alocar a linguagem em alguma região do cérebro, tinha, também, um olhar bastante atento para as questões de linguagem, questões estas que não apareciam com tanta ênfase até então.

É importante lembrar que Jackson, antes mesmo de Freud, já propunha uma concepção de organização cerebral, tal como Anokhin no século XX, através da análise das funções mentais à luz de sua evolução. Entretanto, Jackson não teve apoio na comunidade científica da época e, por este motivo, seus estudos só foram resgatados na metade do século seguinte pela neuropsicologia soviética, mais especificamente por Anokhin e posteriormente por Luria. A proposta soviética, representada especificamente por Luria, leva em consideração tanto a organização dinâmica do cérebro como a incorporação da Lingüística em seus estudos e pesquisas, como veremos mais adiante.

Seguindo a cronologia dos principais estudiosos do século XIX sobre a afasia, passemos, agora, a Freud, pois este autor tinha um grande interesse nas afasias.

Freud, no final do século XIX, criticou e colocou em questão o caráter organicista da Neurologia, no que tange às hipóteses levantadas pelas teorias de Wernicke, Lichteim, Grashey e Meynert, acerca das afasias. As críticas do neurologista vienense foram dirigidas principalmente a Wernicke, pois as hipóteses que levantou sobre o funcionamento cerebral foram absorvidas por sua teoria. Wernicke, como já vimos anteriormente, postulava uma distinção das afasias devido a lesões de *centros* e devido a lesões das *vias de condução*, como também às relações recíprocas entre os diferentes centros responsáveis pela linguagem. Tal perspectiva implica restrições das funções do sistema nervoso a regiões anatomicamente determinadas, o que ficou conhecido como *teoria das localizações cerebrais*. Desta maneira, a linguagem fica referida, em

termos cerebrais, a um centro motor (área de Broca), a um centro sensorial (área de Wernicke) e ambas ligadas por um sistema de fibras de associação. Assim, para Wernicke, além destes dois tipos de afasias - motora e sensorial - haveria ainda uma afasia de condução, decorrente de lesões nas vias de associação, que Freud chamou de parafasia<sup>10</sup>, apesar de não concordar com Wernicke quanto à sua localização cerebral circunscrita. Para Freud, a parafasia é um sintoma puramente funcional, e não uma destruição nas fibras de associação. A sua maior crítica à teoria de Wernicke é a falta de relação que a linguagem tem com o resto da atividade cerebral.

O fato é que as pesquisas que vieram logo após a de Wernicke não mudaram muito esta concepção localizacionista de cérebro: as perturbações de linguagem são decorrentes de lesões nos centros da linguagem - afasia motora ou de Broca, para lesões anteriores; afasia de Wernicke ou sensorial, para lesões posteriores; afasia de condução para lesão nas vias de associação. Porém, o próprio Wernicke reconheceu a necessidade de recorrer a sistemas de associação articulando diversas áreas corticais, cabendo a Freud, contudo, propor uma hipótese funcional da atividade cerebral: para ele, a linguagem seria um efeito do funcionamento do *aparelho de linguagem* (o termo *aparelho de linguagem* é definido por Freud como algo que não pode ser dividido ou fragmentado em “centros”), e não o instrumento desse mesmo aparelho (cf. Garcia-Rosa, 1991).

As argumentações de Freud contra o localizacionismo provinham tanto das observações de dados clínicos como da necessidade de revisão de alguns conceitos teóricos. Com referência aos dados clínicos, Freud baseia-se em dois fatos: 1) no sintoma denominado parafasia 2) nos casos de contradição entre área lesada e o quadro clínico nos tipos de afasia designada afasia motora transcortical e afasia sensorial transcortical. Quanto ao conceito de parafasia, Freud o define da seguinte maneira:

“Por parafasia devemos entender uma perturbação da linguagem em que a palavra apropriada é substituída por outra não apropriada que

---

<sup>10</sup> Freud (ibid) argumenta que a representação-palavra para alcançar o seu significado tem que passar pela sua representação-objeto. Isto quer dizer que a significação resulta na articulação entre as duas representações - a da palavra e a do objeto – através da imagem acústica da palavra e da imagem visual do objeto.

tem no entanto uma certa relação com a palavra exata".  
(ibid:1891/1977:35).

Este sintoma é considerado por Freud como uma alteração no funcionamento do aparelho de linguagem e não necessariamente decorrente de uma lesão, pois nós o encontramos não só em pessoas com lesões, mas também em pessoas normais quando submetidas a tensão, stress e fadiga. O que Freud pretende ao questionar as alterações de linguagem decorrentes de lesões cerebrais é colocar em xeque não só a visão localizacionista da linguagem como também outras funções cognitivas como tendo um lugar circunscrito no cérebro.

Já para o segundo fato, as contradições encontradas na correlação anátomo-clínica (tanto a afasia transcortical motora, como a transcortical sensorial) caracterizam-se pela perda da fala espontânea, ficando preservada a capacidade de repetir e ler em voz alta, sintomas comuns tanto na afasia motora transcortical quanto na afasia sensorial transcortical. Para estes casos, Freud entende que os quadros de afasia transcortical devem ser vistos como resultantes no estatuto funcional do aparelho de linguagem e não uma modificação localizada de uma via. Essa alteração da funcionalidade do aparelho de linguagem pode ser resultante da reação conjunta do aparelho a uma lesão próxima ou distante. Vemos, então, que Freud apoia-se no ponto de vista de Jackson – como já foi citado - quando este, ao identificar uma área lesada e relacioná-la com sintoma clínico, conclui sobre a localização do sintoma, e não sobre sua função.

Assim, em relação à linguagem, Freud propõe dois grupos de perturbação: afasia de primeira ordem ou **afasia verbal**, e afasia de segunda ordem ou **afasia simbólica**. Na afasia verbal estariam perturbadas as associações entre cada um dos elementos da representação da palavra. Na afasia simbólica, a perturbação incidiria sobre a associação entre a representação da palavra e a representação do objeto. O que liga a representação da palavra com a representação do objeto, segundo Freud, é a imagem acústica.<sup>10</sup>

É interessante perceber, aqui, que existe uma mudança epistemológica quanto à representabilidade da linguagem. Ou seja, Freud não considera a linguagem como uma “ferramenta” usada para se referir ao mundo de forma lógica - como aquela descrita por Wittgenstein, herdeiro direto das idéias de Frege (1872-1925) e de Russell (1872-1970), no início do século XX, que, em *Tractatus*, preconizava a relação direta entre linguagem e mundo – mas a relação entre representações: a representação da palavra e a representação do objeto. Este outro modo de Freud ver a representabilidade da linguagem está mais de acordo com as Investigações Filosóficas de Wittgenstein (obra que foi escrita apenas em 1945): o que revela o significado é o processo de análise das proposições, ou é a análise do *uso* que fazemos da linguagem nos diversos jogos e independente de seus modelos referenciais. Assim, Freud, através dessa outra postura epistemológica, ao invés de supor uma causalidade mecânica a partir de lesões em centros específicos, tentou discutir, em seu trabalho sobre as afasias, a relação entre lesões orgânicas e uma perturbação funcional. Introduce a noção de perturbação funcional querendo com isso designar uma série de efeitos que devem ser relacionados com o funcionamento global do aparelho, obrigando-nos, assim, a repensar a questão da relação entre funções e localizações.

Há, ainda, um terceiro grupo de perturbação proposto por Freud: as **afasias agnósticas** ou afasias de terceira ordem. Para o termo agnosia, Freud reserva as perturbações no reconhecimento dos objetos. Há casos, porém, em que as perturbações gnósticas, que só podem surgir por lesões corticais bilaterais extensas, admitem, também, uma perturbação de linguagem. Segundo Garcia Rosa (1991/1996), a natureza de *signo* não está afetada neste caso. Vejamos como isso é dito pelo autor:

No caso da agnosia, o que é perturbado é a relação entre a representação-objeto e o objeto; trata-se pois de uma perturbação do *reconhecimento* do objeto, sendo que a relação entre a representação-objeto e a representação palavra permanece intacta, o que corresponde a dizer que o aparelho de linguagem não é atingido. O que acontece no aparelho de linguagem, no caso da agnosia, é que o sujeito não pode se servir dele em decorrência do distúrbio do *reconhecimento* e não de um distúrbio de linguagem. Na agnosia, a

linguagem se vê aliviada da tarefa de *representar alguma coisa para alguém*, isto é, ela se vê aliviada da função signica, na medida que esta função não é da competência direta do aparelho de linguagem. (op.cit:62)

Vemos, então, que Freud concebia a região cortical da linguagem como uma área contínua do córtex, onde se efetuam as associações e as transferências sobre as quais repousam as funções da linguagem de maneira tão complexa, que desafia a nossa compreensão (Freud 1891/1977). É essa idéia de território da linguagem, constituído por uma área cortical contínua, que permite a Freud conceber um *aparelho de linguagem*. Desta maneira, ele propõe uma explicação para o funcionamento cerebral fundada na *hipótese funcional*, em que, no caso de uma lesão cerebral, o aparelho de linguagem reagiria como um todo apresentando uma perturbação funcional:

“A linguagem é um *efeito* do funcionamento deste aparelho, e não o aparelho um *instrumento* da linguagem...O termo *perturbação funcional* designa uma série de efeitos que devem ser relacionados com o funcionamento global do aparelho, ao invés de serem explicados em termos de uma relação mecânica entre o clinicamente observado e o anatômico”.(Garcia Rosa,1991/1996:27)

O fato é que a concepção localizacionista do cérebro, no final do século XIX, perdia a sua hegemonia. A partir de Freud, o funcionamento cerebral já não podia mais ancorar-se nas premissas que constituem o paradigma localizacionista.

Assim, no início do século XX, motivada por críticas ao localizacionismo por parte de vários afasiólogos - como Freud e Jackson - nasce a moderna Neuropsicologia, inspirada no funcionalismo biológico, tal como propunham Head, Goldstein e Luria.

### **1.3 – A classificação do ponto de vista da moderna Neuropsicologia**

Henry Head (apud Eling,1994), a exemplo de Freud, também se tornou herdeiro das idéias de Jackson. Sua concepção de desordem neurológica teve uma abordagem psicológica. Ele foi um dos primeiros autores a ter uma

perspectiva cognitiva para o funcionamento cerebral. Através desta perspectiva de funcionamento cerebral, Head preconiza que as alterações de linguagem devidas a lesão cerebral são decorrentes das interações entre diferentes processos na tentativa de se adaptar dinamicamente aos efeitos da lesão. Segundo Head (Eling, 1994), “não existe nenhuma correspondência ponto a ponto entre o processo fisiológico e os elementos constitutivos num ato de fala” (ibid:287). Esta é a grande crítica que Head faz sobre a tese de localização da linguagem no cérebro, que relaciona de maneira mecânica e simplista processos fisiológicos com categorias de fala. Segundo o autor, isso pode trazer conseqüências desastrosas ao quadro clínico.

Nos quatro tipos de afasias descritos por Head, veremos que as teorias subjacentes estão mais voltadas a questões lingüísticas do que a questões anátomo-clínicas. Vejamos:

- Afasia verbal: Neste tipo de afasia a desordem atinge o nível produtivo da linguagem. A dificuldade do paciente diz respeito à formação das palavras, quer no uso interno, quer no externo.
- Afasia sintática: A fala do paciente, neste caso, é caracterizada por jargões. Apresenta frases curtas, omitindo artigos, conjunções e outros componentes necessários para a construção de uma sentença.
- Afasia nominal: A desordem apresentada neste tipo de afasia não está na estruturação das palavras ou frases (como é apresentado na afasia verbal), mas no *significado nominal* (grifo meu): existiria uma inabilidade tanto para designar um objeto com palavras, como para dar sentido a esta palavra. (Eling, 1994)
- Afasia semântica: Diferentemente da afasia nominal, em que a dificuldade está no sentido individual das palavras, a dificuldade para este tipo de afasia está em combinar as palavras para formar uma frase. Head argumenta que para este tipo de afasia existe um problema quanto à *formulação simbólica* que estava influenciando na expressão do sujeito.

Assim, Head parte de uma concepção de funcionamento cerebral distinta da concepção daqueles que vêem o cérebro como um órgão que apresenta uma divisão clara entre área de recepção e de emissão. Para ele, os chamados “centros” no córtex não são conglomerados de células e fibras em que uma função particular é iniciada e, quando abolida, pode ser removida. Segundo Head, há uma integração cortical, feita através de sofisticados processos fisiológicos, que propiciam o desenvolvimento de processos somáticos e psicológicos. Quando esses processos fisiológicos são perturbados, no caso de uma lesão, um novo ajuste ocorre, cujo resultado é chamado de “resposta anormal” (ibid:1994). Head argumenta, então, que a concepção localizacionista é insustentável tanto na prática clínica, como nos seus experimentos. O que o autor faz é relacionar no processamento da linguagem aspectos psicológicos e simbólicos. Vemos, então, que a concepção de linguagem assumida por Head parte de uma atividade simbólica e voluntária e o sujeito, por estar afásico, perde a capacidade voluntária da linguagem, uma vez que a sua função semiótica, como outras capacidades mentais, está alterada.

Contudo, diante desta postura crítica ao localizacionismo, Head, de maneira bem menos incisiva do que os localizacionistas - mais especificamente Broca e Wernicke - parece não resistir em justificar sintomas lingüísticos com as lesões cerebrais. Para ele, no caso das afasias verbais, ou *desordens verbais*, as lesões podem situar-se na circunvolução pré ou pós central e, também, abaixo dela. Na porção acima do lobo temporal, a tendência é encontrar uma *desordem sintática*. Já na destruição que abrange a região do girus supra-marginal a desordem é *semântica*, enquanto uma lesão central, em redor do girus angular, na posição mais posterior, implica distúrbio do tipo *nominal*. Vemos assim que, apesar das críticas ao localizacionismo – e para ele, o sintoma não prescinde das áreas cerebrais lesadas - ainda havia por parte de Head uma grande dificuldade em pensar o funcionamento cerebral que não fosse pelo localizacionismo.

Diante deste quadro, o da existência de uma corrente contra a teoria localizacionista, que foi o paradigma dominante até meados do século XX,

surge a teoria holística representada especificamente por Kurt Goldstein (1950). Para esta teoria, o cérebro é um todo indivisível, descartando-se qualquer possibilidade de localização das faculdades mentais. Neste sentido, estes estudos focalizam muito mais a descrição psíquica e mental causada pela lesão dentro de um contexto cognitivo (abrangendo memória, linguagem, percepção) do que aspectos neurofisiológicos.

Através das discussões entre lesões e sintomas clínicos, Goldstein postulou novos conceitos de localização, desenvolvendo uma maneira de interpretar as afasias através da modularidade da linguagem, a qual faz parte da psicologia da Gestalt<sup>11</sup>. O conceito chave que permite construir sua visão de distúrbios de linguagem é o de diferenciação. Vejamos como o autor explica esse conceito através da perda de uma Gestalt, ou da perda de poder estruturar uma experiência em termos da relação figura e fundo :

“Nas funções normais, os processos de figura e fundo possuem uma relação definida. Toda lesão no sistema nervoso, especialmente no córtex cerebral, altera esta relação. A diferenciação perfeitamente delimitada de figura e fundo se altera, originando um desnível geral, uma mistura entre figura e fundo”. (Goldstein, 1950:7)

Goldstein também estabelece diferença *entre linguagem concreta e linguagem abstrata*, diferença esta que se reflete nas modalidades de ação, chamada por Goldstein de “atitudes”. Vejamos como isso se dá:

“Podemos distinguir, em geral, duas diferentes classes de atitude, que denominaremos de atitude abstrata e atitude concreta. Na atitude concreta nos mostramos passivos e sujeitos a uma experiência imediata provocada por determinados objetos e situações. Nosso pensamento e nossa atuação estão determinadas pelas exigências imediatas provocadas pelo aspecto particular de um objeto ou situação. Por exemplo, atuamos de um modo concreto quando entramos em um quarto escuro e apertamos o interruptor de luz. Se, ao contrário, desistimos de acender a luz pensando que podemos acordar alguém que dorme no quarto, então atuamos de modo abstrato”. (ibid:8)

---

<sup>11</sup> Para esta postura teórica, existe uma relação entre as áreas corticais excitadas durante uma atividade determinada. A área que estiver com a maior concentração de energia (excitação) é a figura, sendo o restante do cérebro o fundo.

Notemos, pois, que a atitude abstrata transcende os aspectos imediatos, sendo as nossas ações determinadas pelo modo como pensamos e nos posicionamos frente aos objetos e as situações. O mesmo acontece com a linguagem abstrata que pode ser caracterizada como volitiva, proposicional e racional e sua característica maior quanto ao distúrbio de linguagem é o comprometimento para o significado das palavras. Já a linguagem concreta, que pertence ao domínio das atitudes concretas, compreende os automatismos e os instrumentos da linguagem: os sons, as palavras, as frases. Nas patologias, os defeitos aparecem tanto na fala como na compreensão das chamadas formas puras de afasias e da afasia central.

Concordando com as críticas que Françaço (1987) tece em relação à tese de oposição entre estas duas modalidades de linguagem, nós as invocamos aqui com a finalidade de destacar a concepção de linguagem de Goldstein:

“Há muito de problemático nessa caracterização das duas modalidades de linguagem. Especialmente surpreendente é a soma de fatores lingüísticos, de aprendizagem (automatismo), de compreensão e de fatores ligados à ordem do emocional para caracterizar a linguagem concreta. Mas o que mais chama a atenção é o paralelismo dessa distinção com outras, como expressão/compreensão, significante/significado, etc. Vejamos. O distúrbio de linguagem abstrata é caracterizado como um distúrbio que atinge o significado das palavras, enquanto o distúrbio de linguagem concreta atinge suas “instrumentalidade”. Ora, entre as instrumentalidades estão os sons (que presume serem lingüísticos) e as palavras. Mas palavras nesse contexto não podem ser entendidas como unidades dotadas de significado, porque isto é uma característica da linguagem abstrata; portanto, no sentido da linguagem concreta possivelmente devem constituir-se em algo da ordem do significante.” (Françaço, 1987: 164)

Podemos, assim, ver que Goldstein deixa claro seu posicionamento frente à linguagem: ela é um instrumento do pensamento. Segundo a visão Gestaltica da linguagem, em que a figura-fundo é fundadora da função mental nos distúrbios afásicos - sendo a linguagem a figura e o pensamento o fundo - haverá casos em que a perturbação do pensamento pode determinar perturbações de linguagem, como, também, vice-versa.

Tendo em vista essa abordagem de funcionamento mental, vejamos a classificação das afasias proposta por Goldstein:

- Distúrbio quanto aos mecanismos periféricos da linguagem: Está relacionado com a instrumentalidade da fala (afasia motora e afasia sensorial). Para este tipo de afasia, não é a linguagem interna e nem a periférica que estão comprometidas, mas a relação entre elas, de tal forma que a principal dificuldade de um sujeito estaria, por exemplo, na repetição de palavras.
- Distúrbio da linguagem central ou da linguagem interna: O comprometimento diz respeito à linguagem interna. Para Goldstein, esta é considerada uma afasia pura. Para este tipo de afasia, a fala espontânea e a compreensão oral estão comprometidos; há presença de parafasias literais e verbais, paralexias e paragrafias e distúrbio de repetição.
- Distúrbio de habilidades cognitivas não lingüísticas: São as afasias transcorticais. Tanto o campo conceptual como o de conexão estão perturbados.

É interessante perceber que a afasia central ou afasia de condução pode ser caracterizada como um distúrbio de linguagem interna, ou seja, segundo Goldstein, uma afasia causada pelo distúrbio da linguagem interna, diferentemente das outras afasias, tem um comprometimento com o “conceito das palavras”. Para Goldstein, a palavra não era uma simples associação entre imagem auditiva e motora. A palavra suscita “imageless thought” (Eling,1994) que por sua vez não tem semelhança nem com as imagens acústico-motoras, nem com as imagens sensoriais. Dessa maneira, para se ter uma formação correta da linguagem interna, os processos mentais precisam estar intactos. Como a afasia pode ferir tanto o pensamento (processos não lingüísticos) como os aspectos motores da fala (na medida em que ela está relacionada com a instrumentalidade da fala), a linguagem interna parece que sempre irá estar prejudicada para Goldstein.

Assim, o conceito de linguagem interna inspirado nas idéias de Vygotsky é, para Goldstein, fundamental para o entendimento das afasias, pois o autor assume o postulado de que a linguagem tem um papel instrumental frente ao pensamento, ocupando, também, posições específicas frente a outras funções mentais. (Busato, 2001)

Outro autor bastante influenciado pelas idéias de Vygotsky foi Luria. Sua posição quanto ao funcionamento do cérebro ia contra não só o localizacionismo como também a teoria holística. Luria (1974) não concordava com a posição de que o cérebro fosse uma massa nervosa indiferenciada como propunha Goldstein. Assumindo uma concepção da ontogenia das atividades mentais superiores como histórica e social, Luria entende que os sistemas funcionais vão se estruturando ao longo do desenvolvimento da criança chegando até a vida adulta. Assim, o cérebro, através dos sistemas funcionais, mantém sua estrutura e seus componentes 'localizáveis' de maneira dinâmica, ou seja, ao longo do desenvolvimento, as estruturas que compõem o sistema funcional se modificam.

A concepção de funcionamento cerebral proposta por Luria (1962, 1974, 1979) parte do princípio de que o cérebro funciona dinamicamente através do trabalho conjunto de várias zonas, o que contribui para a realização das atividades cognitivas. Ora, se existe uma função que rege um conjunto de estrutura para alcançar um objeto comum, então este deve ser entendido como um sistema funcional. Este conceito de sistema funcional foi introduzido por Anokhim, porém é Luria quem o torna produtivo na teoria de funcionamento dinâmico do cérebro. Esta noção de cérebro como um sistema funcional parte do princípio de que a atividade mental humana se efetua através da combinação das estruturas cerebrais que trabalham conjuntamente, sendo que cada uma delas "carrega" sua própria especificidade, contribuindo para o sistema funcional como um todo. Isto significa, então, que uma lesão em uma determinada região, ou em alguma dessas estruturas, levará ao desequilíbrio de toda a dinâmica do funcionamento cerebral, ou, nos termos de Luria, do sistema funcional. Baseando-se nos postulados psicolingüísticos de Vygotsky (1984), Luria entende que os sistemas funcionais são também

construídos ao longo do desenvolvimento da criança e mediados pelo seu ambiente social. Esta concepção de cérebro possibilita a existência de um cérebro dinâmico, que é coordenado tanto por um plano biológico, como por um plano lingüístico-cognitivo, que se constitui histórica e socialmente.

Assim, Luria propõe uma organização funcional do cérebro em três unidades básicas, cuja participação conjugada é necessária para todo o tipo de atividade mental:

1) a primeira unidade é responsável pela regulação do tônus cortical, fundamental para manter o estado de vigília.

2) a segunda unidade é responsável pela obtenção, processamento e conservação da informação que chega do meio exterior.

3) a terceira unidade é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade mental.

Cada uma dessas unidades funcionais contém seus substratos orgânicos que atuam como analisadores. Assim, para a primeira unidade funcional básica, a estrutura que desempenha um substrato orgânico é o tronco cerebral, que através da formação reticular (ascendente e descendente) assegura o tônus cortical necessário. A segunda unidade funcional básica tem no sistema perceptivo o substrato orgânico dos analisadores, que, por sua vez, vão atuar em três regiões corticais: analisador auditivo, situado na região temporal; analisador táctil-cinestésico, situado na região parietal; analisador visual, situado na região occipital. A terceira unidade funcional básica, responsável pela programação, regulação e controle de uma dada atividade, tem como substrato orgânico, particularmente, os lobos frontais.

É importante lembrar que estas três unidades se organizam hierarquicamente em todos os lobos; porém, é no lobo frontal que tanto a primeira unidade como a terceira mantêm uma estreita ligação, assegurando, assim, um tônus cortical ótimo nas atividades programadas pela terceira unidade funcional básica.

A partir deste quadro Luria descreveu seis tipos de afasias, que descreveremos a seguir:

1) afasia motora eferente ou cinética: esta afasia é o resultado de lesões nos setores inferiores da zona pré-motora do hemisfério esquerdo, acarretando alterações dos movimentos voluntários, onde o sujeito tende a perseverar movimentos, já que não existe a inibição dos movimentos de uma seqüência sonora, para que haja excitação da próxima. A estrutura prosódica, neste caso, está prejudicada; o paciente não consegue repetir palavras ou mesmo denominar objetos. Esta afasia motora é considerada por Luria como correspondente à afasia motora de Broca.

2) afasia motora aferente ou cinestésica: esta afasia atinge o setore pós-central da zona verbal. O que se nota nesta afasia é a presença de uma apraxia específica do aparelho verbal (Luria,1986). O portador desta afasia apresenta uma imprecisão dos movimentos devido a uma perda da sensação para com estes movimentos, porém, encontrando a posição articulatória correta, o sujeito consegue articular.

3) afasia dinâmica: esta afasia é o resultado de lesões nos setores anteriores das zonas verbais do hemisfério esquerdo. Existe, por parte do sujeito, uma perda de iniciativa. Em resumo "estes enfermos não apresentam nenhuma dificuldade de articulação, repetem com facilidade palavras ou frases isoladas, não têm dificuldade para nomear objetos e séries de objetos, não produzem fenômenos de perseveração ou de emergência incontroladas de enlaces secundários, característicos dos enfermos com afecções da zona pré-frontal. A observação inicial pode não detectar neles nenhuma desordem verbal. No entanto, uma análise atenta mostra estas alterações em forma bem evidente, pois aparecem nos enfermos deste grupo no momento em que é necessário passar da simples repetição de palavras, frases ou da designação de objetos à criação ativa, criativa, de esquemas da própria enunciação verbal" (Luria,1986:222).

4) afasia sensorial: esta afasia é o resultados de lesões que atingem os setores áudio-verbais do córtex, ou seja, a região póstero-superior da área temporal esquerda (área de Wernicke). Os enfermos com estas afecções conseguem discriminar perfeitamente sons não verbais, como o bater de uma porta, ruído de louças, som de uma música, etc, porém apresentam confusões

entre fonemas parecidos e, muitas vezes, também, para a discriminação dos sons da língua de maneira geral. Devido a essa falta de discriminação dos sons, pode ocorrer, em casos mais graves, uma dissociação entre o som e o significado das palavras.

5) afasia acústico-amnésica: os mecanismos fisiológicos que se encontram na base desta alteração ainda não são bem conhecidos, mas parecem estar relacionados com lesões na área temporal inferior esquerda. A alteração básica deste tipo de afasia é a instabilidade de retenção das séries articulatórias. "Estes enfermos podem reter ou a parte inicial da série verbal ou a sua parte final. Como resultante disso, a comunicação percebida perde sua totalidade, e sua compreensão torna-se mais complexa com a aparição de novas dificuldades, desta vez de ordem mnêmica (Luria, 1986:234).

6) afasia semântica: são afecções que atingem as zonas terciárias, parieto-têmporo-occipitais do hemisfério esquerdo e sua sintomatologia é "a desorientação espacial, acalculia, apraxia de construção espacial, agnosia e, do ponto de vista linguístico, observam-se alterações da percepção simultânea da oração composta. Nesse tipo de oração, o significado de cada termo depende das relações entre eles e o sentido se dá pela compreensão simultânea e direta da estrutura lógico-gramatical. O sujeito portador de uma lesão nesta região não é capaz de compreender essas relações, apesar de compreender corretamente as palavras isoladas. Por exemplo, a construção "o irmão do pai" e o "pai do irmão", são construções que para estes sujeitos não apresentam diferenças, parecendo-lhes, freqüentemente, que ambas as construções expressam o mesmo sentido. Essa dificuldade também aparece ao ser solicitado ao paciente para discorrer sobre uma cartela temática que englobe cenas inter-relacionadas. Sua performance se reduz à descrição de detalhes isolados mostrando uma dificuldade de visibilidade simultânea. Não se observam dificuldades na compreensão de palavras isoladas e orações simples.

Por meio das características desses seis tipos de afasia descritos por Luria é possível observar que esse autor, ao se referir ao funcionamento dinâmico do cérebro, mais especificamente ao sistema funcional, aproxima-se de Freud quando este se refere ao *aparelho de linguagem*. De ambas as

partes, é uma concepção plástica sobre o funcionamento cerebral que foi iniciada por Freud e, quase meio século depois, desenvolvida por Luria.

Foi com base nas descrições lurianas das afasias que Jakobson apresentou a sua descrição lingüística. Este ato pioneiro foi essencial para um novo ramo dentro da Neuropsicologia, a Neurolingüística, que será tratado a seguir.

#### **1.4) A classificação das afasias do ponto de vista da lingüística**

Foi a partir de Jakobson, o primeiro lingüista a fazer uma descrição dos sintomas afásicos, que a Lingüística passou a ter responsabilidade nos estudos das afasias. Porém, mesmo antes de Jakobson ter feito essa descrição lingüística das afasias com base nas descrições lurianas, outros autores, como por exemplo, Jackson, já se interessavam por um enfoque lingüístico. Através da noção da linguagem proposicional, a qual baseava-se na lógica aristotélica (que tem como premissa a universalidade da linguagem e sua formalização), Jackson definia a afasia como a incapacidade de fazer proposições. Segundo esse autor, mais importante que delinear se a desordem de linguagem do sujeito – ou a incapacidade em fazer proposições - diz respeito aos modelos receptivos ou expressivos, é saber se essa desordem vem acompanhada de uma análise detalhada sobre as condições de comprometimento da emissão e recepção, que deverá ser feita através de uma avaliação qualitativa do vocabulário e das estruturas lingüísticas. Dessa maneira, Jackson incluiu modelos que estabelecem integração entre os aspectos psicológicos e a função neural, os quais não condiziam nem com a perspectiva conexionista<sup>12</sup>, nem

---

<sup>12</sup> A teoria conexionista parte do princípio de que, devido à lesão cerebral, o sujeito perde a capacidade de estabelecer a relação entre um centro e suas conexões, por exemplo, o estímulo visual com o sonoro (dificuldade de leitura e escrita); o aspecto motor com o sensorial (acarretando as agnosias e as apraxias ). (Caplan, 1987)

com o termo “faculdade para linguagem”. Essa postura teórica trouxe várias críticas a Jackson, pois os cientistas da época argumentavam que seu modelo carecia de uma base neural para explicar os componentes da linguagem. Apesar dessa ausência, Jackson influenciou vários trabalhos, dentre eles, o de Freud.

Já Bouton (1984) apresenta como início da Neurolingüística a publicação do livro *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*, em 1939, pelos neurologistas Ombredane e Alajouanine e pela foneticista Durand. Estes autores argumentam que a desintegração seguia o caminho oposto ao da aquisição de linguagem. Assim também postulava Jakobson, pois, para ele, o estudo da linguagem patológica auxilia o entendimento sobre a teoria lingüística. Jakobson partia do pressuposto de que na linguagem havia leis universais no que diz respeito à sincronia, à diacronia, à aquisição da linguagem e à sua dissolução, no caso dos afásicos. Assim, ao descrever lingüisticamente as afasias propostas por Luria, sua intenção era construir uma teoria geral da linguagem.

Desta maneira, não se pode deixar de ressaltar a importância deste feito por parte de Jakobson, pois ele produziu um grande avanço na interpretação das afasias, auxiliando tanto o diagnóstico como o tratamento das afecções afásicas, além de contribuir para a concepção do fenômeno global da linguagem em suas intersecções com outros processos cognitivos.

O que tornou Jakobson uma espécie de precursor da Neurolingüística é que este lingüista tomou a classificação luriana das afasias e destacou nela os sintomas essencialmente lingüísticos. Promoveu este estudo com base numa concepção estruturalista da linguagem, o que o levou a postular um duplo código: fonêmico e semântico. Tal duplicidade age em relação ao duplo mecanismo da palavra e, por sua vez, permite ao indivíduo passar da etapa da formulação interna para a expressão verbal. A destruição de um destes códigos, fonêmico ou semântico, levou Jakobson a pensar nos dois eixos que regem o comportamento verbal: o paradigmático e o sintagmático.

Nesse estudo lingüístico, Jakobson apresentou três dicotomias subjacentes ao comportamento verbal: codificação/decodificação,

limitação/desintegração, seqüência/co-presença, sobre as quais faremos um breve resumo.

A codificação ou combinação se dá por uma relação externa de contigüidade e a decodificação ou seleção, por uma relação interna de similaridade. Quando a primeira estiver prejudicada - contigüidade - e a outra intacta, perde-se a faculdade de formar proposições, o que provoca uma desintegração no contexto. A dificuldade para este caso pode estar representada, por exemplo, por um agramatismo - dificuldade que se caracteriza em manter hierarquicamente os elementos lingüísticos – podendo ser caracterizada, também, como uma alteração metonímica. Por outro lado, quando as relações internas estiverem prejudicadas (similaridade), mas as externas intactas, (contigüidade), o sujeito consegue seguir o contexto de uma mensagem e as alterações que se verificam dizem respeito somente ao código, caracterizando-se como uma alteração metafórica.

Tanto o código como o contexto são condições essenciais para que possa haver uma mensagem. Eles correspondem aos dois eixos fundamentais do comportamento verbal. É interessante notar, porém, através do quadro I, que a destruição do contexto, segundo Jakobson, interfere somente na afasia dinâmica, que difere das outras cinco que têm como objeto o próprio código.

A segunda dicotomia (limitação/desintegração) não se refere às afasias aferentes e amnésicas, pois estas são consideradas, por Jakobson, como de transição. Essa dicotomia ajuda a mostrar o grau de comprometimento que cada lesão provoca. A afasia dinâmica, como também a afasia que se encontra no seu extremo oposto (afasia semântica), caracterizam-se por traços de limitação. Para a afasia semântica, a limitação está em apresentar uma narrativa comprometida, não pela fluência, entonação e organização prosódica, mas pela perda do entendimento de uma relação lógico-gramatical. É como se o sentido de uma expressão, como, por exemplo, "father's mother", tivesse que seguir uma ordem linear, o que resultaria numa interpretação equivocada (o pai da mãe, em vez de a mãe do pai).

No outro pólo do mesmo segmento, a afasia dinâmica tem como limitação as unidades do discurso que ultrapassem os limites da frase; a

dificuldade está em passar de uma frase para outra. Por exemplo, o paciente tem dificuldades de estabelecer elos entre as proposições; a sua produção limita-se a frases isoladas.

As afasias eferente e sensorial caracterizam-se por traços de desintegração. Na afasia sensorial, a desintegração diz respeito à incapacidade de o sujeito dar significado às palavras que compõem o léxico da língua. Nas provas de denominação, o paciente, ao invés de dar o nome de um objeto, descreve-o a partir de uma de suas funções. Por exemplo, em vez de "caneta" diz "serve para escrever".

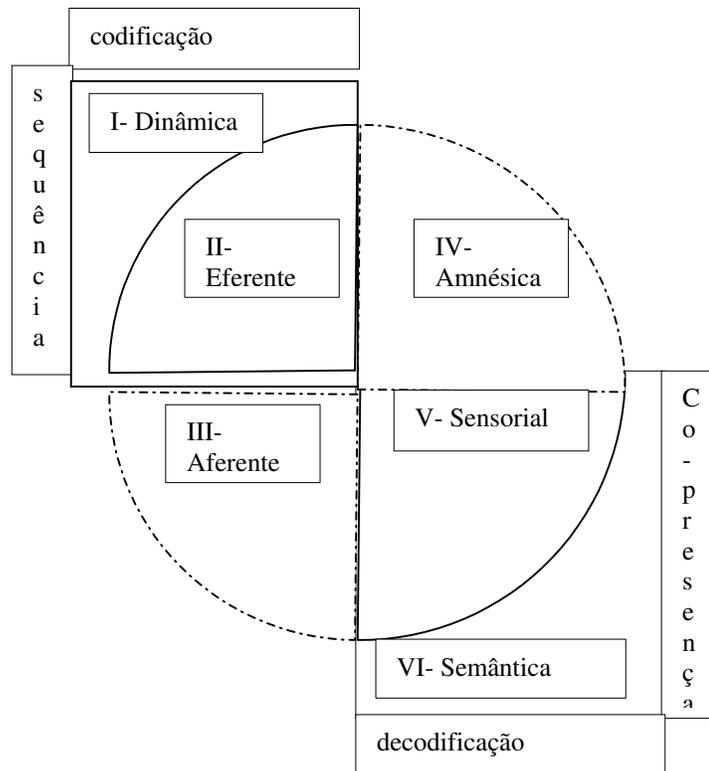
A afasia eferente é interpretada por Jakobson como um problema na estruturação fonológica das palavras que compõem o código. Por isso, apresentam parafasias fonêmicas, como por exemplo, CUNHONDO por CUNHADO.

A terceira dicotomia aplica-se às atividades integrativas dos elementos sucessivos ou dos elementos simultâneos. Para cada afasia vão ocorrer diferentes tipos de desintegração nos eixos sintagmático/paradigmático. Entre as afasias eferente e dinâmica, que pertencem ao eixo sintagmático - em que a contigüidade se caracteriza pela faculdade de combinar e integrar os elementos linguísticos - a diferença diz respeito à natureza dos elementos sucessivos: na afasia eferente, os elementos sucessivos dizem respeito às unidades que compõem a frase; há alteração no interior de uma palavra (parafasias fonêmicas e verbais) e também de uma palavra em relação a outra. Na afasia dinâmica, é a relação das frases entre si que está alterada. Já na afasia eferente os elementos sucessivos, também, não estão integrados, porque o sujeito perde a sensação dos movimentos fono-articulatórios apresentando, assim, movimentos imprecisos.

No eixo paradigmático, as dificuldades relativas à similaridade se caracterizam pela dificuldade de selecionar e atuar no plano da atividade metalingüística. Na afasia semântica, por exemplo, a dificuldade está em passar do discurso direto para o indireto, em fazer uma seleção lexical adequada (o que deriva em anomias), entre outras.

Levando em conta as dicotomias lingüísticas subjacentes aos seis tipos de deterioração afásica, Jakobson as representa em um quadro que propicia uma visão mais esquemática sobre o funcionamento dessas dicotomias.

Quadro I



(Jakobson, 1964:148)

Jakobson interpreta as afasias eferente, aferente e dinâmica como sendo um problema de codificação, ou seja, um problema relativo à contigüidade. Nessas três afasias, a ligação entre os constituintes verbais está prejudicada, o que provoca a desintegração do contexto lingüístico. Na afasia dinâmica, o elemento de limitação é aquele que impede que se passe de uma frase à outra. Já na afasia eferente, o elemento desintegrativo é aquele que impede que se construa motoramente uma proposição, estando, pois, alterado o nível fonêmico da linguagem, já que é a coordenação dos movimentos

voluntários que se apresenta alterada (perseveração). Portanto, o que diferencia estas duas afasias - dinâmica e eferente - é o grau de severidade do distúrbio de contiguidade; a afasia dinâmica seria, então, uma forma atenuada do distúrbio de contiguidade. Na afasia aferente, contrária da eferente, o transtorno reside nos esquemas seletivos de articulação tanto ao nível de sons isolados, como de palavras e frases; entretanto, uma vez encontrada a postura articulatória correta, a emissão do elemento sonoro se dá sem nenhuma distorção.

O mesmo podemos dizer para os distúrbios relativos às alterações de similaridade. As afasias semântica, sensorial e amnésica apresentam dificuldades relativas à decodificação. Ou seja, uma dificuldade em selecionar ou sintetizar elementos lingüísticos já analisados. Este tipo de dificuldade acarreta repercussões no plano do código lingüístico, por exemplo anomias, parafasias verbais ou semânticas (uso de "garfo", quando se queria dizer "faca", uso de "dinheiro", quando queria dizer "caro"). Assim, numa afasia sensorial, a alteração manifesta-se pela ausência da unidade lexical e, também, pela impossibilidade de se trabalhar com atividades metalingüísticas. Quanto à afasia amnésica, a alteração está na decodificação da seleção dos constituintes, mas não na identificação dos elementos seqüenciais, como é o caso da afasia sensorial. Já na afasia semântica, as alterações manifestam-se na redução de regras semânticas, ou seja, as ligações gramaticais entre as frases apagam-se.

Portanto, como podemos ver acima, a tipologia de Jakobson fornece uma descrição de alguns fenômenos lingüísticos decorrentes da afasia, a partir do paradigma da concepção estruturalista da linguagem, na qual o autor se inscreve. O grande mérito de Jakobson, como já foi dito acima, foi propor uma interpretação lingüística para os sintomas afásicos. Até então, só se conheciam as características neurofisiológicas e neuropsicológicas destes sintomas. A contribuição das descrições lingüísticas feitas por Jakobson (1954, 1955) possibilitou um maior conhecimento sobre as afecções afásicas, pois trouxeram a possibilidade de caracterizar lingüisticamente os seis tipos de afasia definidos. Além disso, Jakobson (1956), como tantos outros autores,

problematizou as classificações das afasias questionando o conceito de linguagem interna, que está ligado ao núcleo da definição de afasia como uma entidade nosológica. Baseando-se nos dois modos de arranjo do signo lingüísticos: seleção e combinação (Jakobson, 1954), o autor ressalta que tais modos de relação estão presentes na linguagem. Assim, para que a mensagem seja efetivamente assegurada é preciso que se estabeleça tanto uma relação interna de similaridade (de decodificação), quanto externa de contigüidade (de codificação). É, segundo o autor, no “distúrbio de similaridade” que a noção de metalinguagem é trazida para explicar a principal dificuldade deste tipo de afasia, a sensorial, não sendo mais referida a um problema de linguagem interna <sup>13</sup>(Busato, 2001). Nas palavras da autora:

Jakobson traz a noção de metalinguagem, como a linguagem que se usa para falar de um código lingüístico, como fica claro nos seus textos que abordam o assunto. Apóia-se na distinção entre linguagem-objeto e metalinguagem estabelecida na lógica simbólica, citando Carnap (1947): “para falar sobre qualquer linguagem-objeto, precisamos de uma metalinguagem (Jakobson, 1954:46, apud Busato, op.cit:38).

Vemos, assim, que a Neurolingüística teve seu ponto de partida nos mesmos moldes que o da Neuropsicologia: seu interesse primordial era saber sobre o substrato neuroanatômico e neurofisiológico que fundamentava a atividade lingüística, apesar de não evidenciarmos que esse fosse o interesse de Jakobson, pois, como já foi dito anteriormente, a sua intenção, ao fazer a descrição lingüística das afasias era construir uma teoria geral da linguagem. Além disso, ficava a cargo dos neurolingüistas, e não de um lingüista, através de seus métodos clínicos, levantar um mapa funcional das áreas cerebrais relacionando-as com a atividade verbal.

Segundo Seron & Feyereisen (1988/1995), foi com o debate entre o inatismo e o empirismo que se iniciaram os estudos neurolingüísticos, de modo

---

<sup>13</sup> “Afasiologia do século XIX, e em grande parte da produzida no século XX, o que tem preponderado é uma explicação para a afasia que parte, explícita ou implicitamente, do postulado de uma LI que é fortemente relacionada a um domínio mental em que a linguagem está “representada” por imagens sensório-perceptivas conservadas em “centros” cerebrais específicos” (Busato, 2001:32).

que a perspectiva epistemológica a respeito da especialização hemisférica relativa à linguagem, a princípio, tinha uma base genética e, posteriormente, o meio e suas circunstâncias ia contribuindo para a maturação cerebral.

Entre o final do século XIX e os meados do século XX, havia um grande interesse quanto ao hemisfério esquerdo – afinal é no *hemisfério dominante*, o esquerdo, que a linguagem está localizada, como todas as outras funções cerebrais. O hemisfério direito passa a ser considerado, então, um hemisfério *menor*. A partir de 1945, segundo Seron & Feyereisen (*ibid*), a dominância cerebral perde a sua força, pois foi possível constatar que um grande número de lesionados no hemisfério direito também apresentavam disfunções, neste caso visuo-espaciais. Mas foi a partir de 1970 que se passou a ver os hemisférios como um órgão especializado e dependente tanto da natureza das tarefas, do estímulo recebido, como, também, da maneira que a informação se realiza por cada hemisfério, apresentando a seguinte dicotomia:

- Hemisfério esquerdo: responsável pelo funcionamento de um modelo seqüencial, analítico e lingüístico.
- Hemisfério direito: responsável por um modelo holístico, espacial e não lingüístico.

Dessa maneira, o mesmo material pode ser tratado, ainda que de maneira diferente, por ambos os hemisférios, segundo certas situações. Essa é a visão da corrente funcionalista. Os autores advertem, porém, que a dificuldade está em encontrar um quadro teórico rigoroso que dê conta de identificar “as variáveis funcionais subjacentes ao comportamento verbal e as condutas da comunicação em geral”(ibid:238).

### **1.5) Alguns outros pontos de vista no interior da Neuropsicologia: da visão localizacionista da linguagem ao funcionalismo**

Vejamos, agora, como as mudanças de paradigmas foram aparecendo ao longo da história da Afasiologia e como elas interferiram na avaliação de linguagem e, conseqüentemente, na classificação das afasias.

Foucault (1969), em a “A arqueologia do saber”, preconizava que a tendência a pensar na linguagem em termos de referentes e de palavras que remetem aos objetos deveria ser rejeitada. O que ele pretendia era não mais tratar os discursos como um conjunto de signos, mas como práticas que formam os objetos sobre os quais se fala, opinião também compartilhada por Wittgenstein e Heidegger. Invocamos Foucault para melhor expressar este pensamento:

“Não se pode mais tratar o discurso como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como *práticas* que formam sistematicamente os objetos de que se falam. Certamente, os discursos são feitos de signos; mas o que fazem *é mais* que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que o torna irredutível à língua e à fala (*parole*). É esse *mais* que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever”. (Ibid:64)

Nesta perspectiva hermenêutica de atribuição dos sentidos, segundo Foucault (Dreyfus, 1995), “para se classificar exige uma dimensão interpretativa que não pode ser uma indulgência moralizadora, nem uma questão de preferência pessoal” (Dreyfus, 1995:221). Atribuir sentido não significa mais soletrar a consciência do sentido, mas decifrar, ou saber por quais meios suas expressões apresentaram aquele determinado sentido, ou seja, o que se procura é uma ciência mediada do sentido (Ricouer, 1977). Dizer algo de alguma coisa é, no sentido forte do termo, interpretar e é pela interpretação que o problema do símbolo se inscreve na questão mais ampla da linguagem, de tal forma que interpretar, segundo Ricouer, é desvendar um enigma, já que o símbolo, no sentido grego do termo, é um “enigma”. Assim sendo, interpretar é um trabalho contínuo na sua relação com o símbolo. Não há sentido sem interpretação. E como a linguagem, através de suas diferentes materialidades, diferentes formas, significa de distintas maneiras, os sentidos não são evidentes.

Dessa maneira, localizar e classificar os fenômenos afásicos, para muitos autores, não era o principal objeto de interesse, sobretudo para Freud, Goldstein, Luria e Jakobson que se interessavam muito mais em interpretar os sintomas afásicos na tentativa de explicar o funcionamento da linguagem no

cérebro, sem que, com isso, caíssem no localizacionismo. Freud foi um dos primeiros autores a mostrar em seu trabalho sobre as afasias, em 1891, que é possível explicar uma forma de perturbação lingüística através da hipótese de uma modificação do estatuto funcional e não com interrupção localizada de uma via, como também acreditavam, posteriormente, Luria e Jakobson.

“Rejeitamos as hipóteses de que o aparelho da linguagem consista em centros distintos, separados por regiões corticais isentas de funções... Só nos resta, pois, formular a hipótese de que a região cortical da linguagem seja um articulado tecido cortical dentro do qual as associações e as transmissões em que se apóiam às funções de linguagem procederiam com uma complexidade não propriamente compreensível”. (Freud,1891/1977:62)

Quanto a essa questão do sintoma funcional, Freud destaca a parafasia, o que já vimos anteriormente, como sendo um exemplo deste sintoma, sendo um sinal de funcionalidade reduzida do aparelho associativo da linguagem. Um outro caso, por exemplo, seria a incapacidade de falar espontaneamente, apesar de subsistir a faculdade de repetir. Freud não conclui por uma localização na zona sensorial – sintoma característico da afasia motora transcortical – já que este sintoma também é encontrado nas lesões localizadas na região motora.

É nesse sentido que, ao construir uma constelação semiológica das afasias, é preciso ter em mente que as manifestações patológicas são dinâmicas e heterogêneas (Morato, 2000).

Assim, muitos sintomas apresentados por sujeitos cérebro-lesados podem ser uma “estratégia de adaptação”, como tão bem apontou Novaes-Pinto (1999) em sua tese de doutorado. O mesmo havia sido dito por Freud, em 1891, em seu trabalho sobre as afasias – onde já preconizava de alguma forma a noção de plasticidade cerebral, também postulada posteriormente por Luria (1962,1974,1979) - pois o diagnóstico das afasias incorreria nos mais grosseiros dos erros se pretendesse deduzir de uma perda funcional a posição e a extensão da lesão (Freud, 1891/1977).

Quanto às tentativas de se localizar uma função cerebral, Luria (1981) faz uma revisão de três conceitos básicos para o entendimento de uma lesão,

revisão fundamental para que, segundo Kuhn (1962/2000), haja uma mudança de paradigma: o de *função*, o de *localização* e o de *sintoma*. Ao rever o conceito de *função*, questiona o significado de *função* de um tecido particular, mas como um processo que incorpora muitos componentes pertencentes a diferentes níveis. Como exemplo é possível falar da “função digestiva”, a qual não pode ser entendida como a função de um tecido particular, mas como um sistema funcional completo. Segundo Luria (Ibid), “um sistema funcional assim concebido se distingue não apenas pela complexidade de sua estrutura, mas também pela *mobilidade de suas partes constituintes*” (Ibid:13).

Na revisão do conceito de *localização*, Luria inscreve o problema da *localização* de sistemas funcionais complexos não mais em áreas limitadas do cérebro, mas “*organizados em sistemas de zonas funcionando em concerto, desempenhando cada uma dessas zonas o seu papel em sistema funcional complexo*, podendo cada um desses territórios estar localizado em áreas do cérebro completamente diferentes e freqüentemente bastante distantes uma da outra” (Ibid:16).

Diferentemente do que se pensava nas investigações clássicas quanto ao conceito de *sintoma* (perda de uma função), como reação direta ou como resultado da destruição de uma certa parte do cérebro, uma situação completamente diversa é possível de se verificar em casos nos quais processos mentais superiores estão perturbados devido a lesões cerebrais locais. Nas palavras de Luria:

“Uma lesão de cada uma dessas zonas ou áreas pode acarretar desintegração de todo o sistema funcional e dessa maneira, o sistema ou “perda” de uma função particular não nos diz nada sobre a sua localização” (Ibid:19).

O que Luria quer dizer com isto é que um sintoma é a reação das lesões de diferentes áreas corticais, porém para cada caso há uma perturbação que se dá de forma diferente, cabendo ao investigador estudar a estrutura dos defeitos observados e qualificar os sintomas através da identificação do fator básico que está por trás do sintoma observado, que é a base do método neuropsicológico de investigação. Segundo os preceitos de Luria, o distúrbio de

uma atividade cerebral por uma certa lesão localizada não significa necessariamente que a função correspondente está localizada na área destruída. A lesão cerebral localizada indica que esta zona cerebral particular é importante para a atividade normal de todo o sistema funcional. Deste modo, se houver a destruição de uma região do cérebro, o sistema funcional se transforma plasticamente no sentido de superar a dificuldade e trabalha diferentemente.

Vemos, assim, que a abordagem epistemológica a respeito da relação lesão x sintoma, ao longo da história, foi assumindo novos pontos de vista que podem sugerir a mudança ou o nascimento de novos paradigmas. O que antes fazia parte do paradigma positivista, devido ao seu caráter reducionista - em que predominavam as dicotomias, e a unidade da ciência adotada era o localizacionismo (havendo especializações anatômicas do tecido cerebral) - com a mudança de postura teórica, outras abordagens foram incorporadas, dando lugar, por exemplo, ao funcionalismo e ao interacionismo.

Começando por Jackson, que propunha o funcionamento do cérebro em centros de linguagem, chegando a Luria, para quem o funcionamento cerebral é feito de maneira dinâmica através do trabalho conjunto de várias zonas, temos maneiras semelhantes de se ver o cérebro, que se foram desenvolvendo ao longo do tempo.

Neste sentido, quanto às observações clínicas sobre as afecções cerebrais, há uma mudança no modo de conceber o fenômeno patológico. As afecções de áreas específicas do córtex cerebral levam à perturbação de todo um grupo de processos psíquicos (e não mais de áreas limitadas do córtex cerebral). Esta concepção põe por terra a visão localizacionista dos processos psíquicos, lançando a idéia de que os processos psíquicos são função de todo o cérebro.

Assim, também, pode-se da linguagem: ela acompanha o desenvolvimento da ciência, sugerindo, pelas diferentes abordagens teóricas, mudanças de paradigmas. No que diz respeito especificamente às classificações das afasias, essas mudanças sugeridas por Jackson, Goldstein, Head, Freud e Luria, por se apresentarem sob uma outra forma de se observar

os fenômenos cerebrais, nos dias de hoje é possível verificar que houve implicações, principalmente quanto ao seu enfoque. Esse será o tema do capítulo 4º, em que - por meio de um levantamento empírico com profissionais que lidam com a afasia, mais especificamente, médicos e fonoaudiólogos – analisaremos como eles trabalham com o ato de classificar, demonstrando que estão cada vez mais preocupados com a descrição dos sintomas lingüísticos, do que com sua localização.

## Capítulo 2: A Semiologia das Afasias

### 2.1- Introdução

No capítulo anterior, tratamos das condições históricas de emergência das classificações das afasias. Por meio desse percurso histórico sobre as classificações foi possível verificar que elas estão diretamente relacionadas a uma semiologia – a qual está mais relacionada a uma taxonomia dos sintomas patológicos, que promove um diagnóstico - que à linguagem propriamente dita, embora ambas não deixem de se correlacionar. Assim, neste capítulo pretendemos tratar basicamente da semiologia médica, ou seja, investigar a que semiologia ela se refere: às correlações lesão/sintoma lingüístico, aos processos cognitivos ou à semiologia da linguagem. Segundo Silva Filho (1997), na semiologia médica a doença é o campo de uma linguagem. Vejamos como isto é formulado:

Lembrando que a produção de sentido é um processo infinito, já que o Nome da Doença, como significado da Síndrome, pode por sua vez ser tomado como o significante de um significado, e assim interminavelmente... Tal como os dicionários, na Semiologia Médica este processo é interrompido pela operatória, um abandono do sistema semiológico, que na Medicina corresponde à terapêutica. Barthes conclui sua análise pela constatação de que a doença é o campo de uma linguagem, por ter substância (sintoma), forma (sinal), uma combinatória, um significado nominal, uma leitura (o diagnóstico), e a possibilidade de ser ensinada e ser aprendida. (*ibid*:159)

Embora o campo da semiologia aqui assumido seja aquele postulado por Saussure, baseado na existência de uma ciência dos signos, o que pretendemos neste capítulo é trazer à tona o conjunto do saber ou os sistemas de significações aos quais a semiologia das afasias se refere.

Nas palavras de Barthes (1964):

Para empreender essa pesquisa, é necessário aceitar francamente, desde o início (e principalmente no início), um princípio limitativo. Este princípio, mais uma vez oriundo da lingüística, é o princípio de pertinência: decide-se o pesquisador a descrever os fatos reunidos a partir de *um só ponto de vista* e, por conseguinte, a reter, na massa

heterogênea desses fatos, só os traços que interessam a este ponto de vista, com a exclusão de todos os outros. (*ibid*:103)

Assim, o que se pretende nesta pesquisa semiológica é reconstituir o funcionamento dos sistemas de significações das classificações das afasias. Embora, tradicionalmente, as classificações das afasias façam uso de elementos da semiologia da língua, ela, a semiologia, não tem como preocupação a classificação, mesmo que ela seja tratada em termos semiológicos. Dessa maneira, pensar em escrever um capítulo que trate sobre a semiologia das afasias é antes de tudo enfrentar a semiologia da linguagem, é retomar em certa medida a postulação feita por Saussure no “Curso de Lingüística Geral” (1916/1981), a saber: que existe uma ciência dos signos e que esta ciência toma emprestado da Lingüística seus conceitos principais. Assim, sendo a semiologia uma teoria geral dos signos, a lingüística ocupa uma parte importante dessa ciência. Através dos movimentos históricos pelos quais foi passando, a semiologia da linguagem no campo dos estudos da patologia buscou contato com outras ciências que não só a Lingüística, a fim de procurar novos meios de análise, pois parece difícil conceber um sistema de objetos ou de imagens cujos significados possam existir fora da linguagem e, ao mesmo tempo, se restrinja especificamente à língua. Há elementos que significam *sob* a linguagem, mas nunca sem sua presença. Autores tais como Humboldt (1838/1972) e Vygotsky (1934/1984) também argumentam – cada um ao seu modo - em favor da existência de uma relação estreita entre linguagem e cognição. Vejamos o que diz cada um desses autores:

A criação da linguagem é uma necessidade inata da humanidade. Ela não é um mero veículo externo, designado a sustentar o intercuro social, mas um fator indispensável para o desenvolvimento intelectual... (Humboldt, 1836/1972:5)

O momento de maior significado no curso do desenvolvimento intelectual, que dá origem às formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, acontece quando a fala e a atividade prática, então duas linhas completamente independentes de desenvolvimento, convergem.(Vygotsky, 1984:27)

É nesse sentido, ainda, o da estreita relação entre linguagem e cognição, que Morato argumenta, lembrando o postulado vygotskiano:

Difícilmente haveria possibilidades integrais de pensamento ou conteúdos cognitivos fora da linguagem ou possibilidades integrais de linguagem fora de processos interativos humanos (Morato, 1999:7)

Estas não eram, porém, as questões de Saussure: ao conceber a linguagem como sendo multiforme e heteróclita, pertencendo tanto ao domínio individual quanto ao social (coletivo), propôs, como primeira exigência de método, separar a língua da linguagem para que assim se pudesse introduzir uma ordem nessa massa “heteróclita” dos fatos significantes. Dessa maneira, apresentou uma classificação binária para o estudo dos signos, oriunda de uma Lingüística Estrutural, a qual se apresenta sob forma dicotômica, marcando uma taxonomia característica do pensamento estrutural próprio da época. Assim, Saussure apresenta uma classificação dos elementos semiológicos com o objetivo de mostrar os elementos materiais da língua: língua e fala, significado e significante, sintagma e paradigma, denotação e conotação. Como afirma Benveniste (1984), a intenção de Saussure ao descrever a classificação estrutural da língua era mostrar primeiro as peças de um jogo e, posteriormente, a relação entre essas peças.

Já no final dos anos 50 do século XX, Chomsky rompe com esta corrente, a estruturalista - pela qual se interessa em relação a alguns de seus elementos constitutivos - propondo que a fala fosse vista como uma produção que apresenta um certo número de modelos sintáticos que são constantemente reinventados pelos falantes. É através das regularidades gramaticais e das regras de boa formação das sentenças que os falantes apresentam sua criatividade, produzindo e entendendo um número infinitamente grande de frases. Chomsky, com sua hipótese de uma gramática gerativa transformacional, postulou o domínio criador da linguagem, domínio este que se apresenta de forma inconsciente e irrefletida, natural e inata. Crianças em fase de aquisição de linguagem seriam capazes de deduzir as

regularidades estruturais da língua materna a partir de frases que ouvem e usá-las na construção de frases que nunca tinham ouvido anteriormente.

É interessante apontar que a escola gerativo-transformacionalista de Chomsky pode ter vindo como uma reação contra o estruturalismo, por sua maneira empirista de tratar a estrutura. Essa perspectiva prevê que o homem possui uma organização mental capaz de reproduzir certos modelos e, ao mesmo tempo, de variá-los infinitamente.

Segundo Benveniste (1984), há uma espécie de reinterpretação da visão de Descartes por parte de Chomsky em relação aos conceitos como o de mente e o de língua, além de modelos algébricos. Descartes acreditava que as idéias inatas são aquelas que advêm mais da faculdade de pensar do que do mundo externo. Seguindo esse mesmo pressuposto, Chomsky fornece elementos para o estudo da relação que existe entre linguagem e pensamento. Isto foi um fato inovador dentro da Lingüística. Mais uma vez, o mesmo questionamento apresentado no primeiro capítulo volta a aparecer: o que é que promove a mudança de um paradigma? Chomsky, ao discordar da lingüística estruturalista, propôs uma abordagem diferente sobre o funcionamento da linguagem, o que envolve questões que não se restringem especificamente ao desempenho da linguagem, mas a sua competência, ou seja, a sua capacidade inata para a linguagem, resultado de uma determinação biológica que faz parte da natureza humana. Assim, diferentemente do estruturalismo, o gerativismo - apesar de ainda conceber uma visão dicotômica da linguagem em termos de *competência* e *desempenho* - propiciou uma aproximação epistemológica da linguagem quanto aos processos mentais, e não apenas a descrição e a explicação da estrutura da linguagem humana.

Tendo em vista estas duas perspectivas semiológicas que amparam a classificação das afasias, e com o desenvolvimento de outros modelos teóricos dentro da lingüística, novos olhares a respeito das classificações foram surgindo, revendo e criticando alguns itens semiológicos. Isto é o que pode ser visto no trabalho desenvolvido por Novaes-Pinto (1992) sobre o agramatismo - um dos fenômenos neurolingüísticos mais estudados, apresentando uma aplicação direta do modelo teórico gerativista. Novaes-Pinto(ibid) argumenta

que esta categoria clínica (termo utilizado pela autora por meio de diálogos com os trabalhos da área, especialmente com autores como Caramazza, Berndt, Miceli et al.) é um fenômeno bastante controverso. Apesar de ser considerado como um distúrbio de produção, com perda seletiva da sintaxe, as questões sintáticas alteradas que afetam a linguagem do sujeito afásico podem ser questões que dizem respeito não só à produção da linguagem por parte do sujeito afásico, mas, também, às dificuldades de compreensão da linguagem. Seria, então, o agramatismo uma alteração do “conhecimento” - ou nos termos gerativistas, da competência lingüística - ou de seu “processamento”? Vejamos como argumenta Novaes-Pinto (1992) a este respeito:

"A crença na existência do "agramatismo puro", dissociado de qualquer outro distúrbio cognitivo ou lingüístico, parece não ter ainda suficiente respaldo empírico. Pelo contrário, estudos realizados por Kolk et al. (1985), Heeschen (1985), Coudry (1988) e Gregolin (1997) demonstram a repercussão dos problemas sintáticos característicos do agramatismo em outros níveis, bem como a utilização de recursos semânticos e pragmáticos na solução de problemas". (ibid:15)

Assim, os vários trabalhos desenvolvidos a respeito das alterações de linguagem decorrentes de lesões cerebrais - que abordam temas como a jargonofasia, a parafasia, a apraxia da fala, a escrita - sugerem que a aproximação com outras teorias lingüísticas pode fornecer critérios para melhor analisar a linguagem dos sujeitos afásicos e também fornecer subsídios para os estudos que relacionam linguagem e cognição dentro dos processos interativos.

## **2.2- A semiologia da linguagem e a classificação das afasias.**

No séc. XIX, os estudos lingüísticos sofreram uma modificação quanto aos seus objetivos. Com isto, os comparativistas do século anterior são forçados a desenvolver novas formas de abordagem dos fatos lingüísticos e, também, definir um novo objeto para a lingüística; um objeto em que seja possível encontrar *regularidades*, podendo ser anunciadas em forma de leis (o

que antes se buscava eram normas ou regras). Assim, a comparação entre as línguas e a história de seu desenvolvimento passou a ser seu novo objeto de interesse.

Já no início do século XX, mais especificamente com o estruturalismo, a língua era considerada como um sistema de signos que exprimem idéias e, para tal ponto de vista, a semiologia<sup>14</sup> toma a língua como um sistema fechado pelo próprio signo. Juntamente com a fala, ambas fazem parte dos elementos que compõem a linguagem. Como vimos, para Saussure, a língua, como fator essencial da linguagem, tem um caráter social e independente do indivíduo, sendo o interpretante da sociedade. É através dela - e de sua metalinguagem - que tudo se pode categorizar, classificar e interpretar, inclusive ela mesma. A fala, ao contrário, sendo secundária, é a parte individual da linguagem. É a parte da linguagem que depende da vontade dos que falam, sendo suas manifestações individuais e momentâneas. Mas, como um signo passa a se constituir como fala? Como a língua produz mensagens? Ou melhor, como a língua significa? Segundo Benveniste (1984), a Lingüística seria, então, uma parte dessa ciência geral do signos, que permite verificar como os signos estão dispostos e quais as leis que os regem. Além disso, Benveniste argumenta que o papel do signo é o de representar algo e o que os une à semiologia é a sua propriedade de significar.

Então, se a língua é um sistema de signos lingüísticos e produtora de mensagens, como a sucessão destes *signos*, adicionados um ao outro, produz sentido? Qual é o papel (intenção) do falante (sujeito) ao usar determinados *signos* lingüísticos e não outros? Estas questões não eram as de Saussure, pois o autor eliminou o termo *símbolo* – já que este comportava a idéia de motivação, de intenção, de interpretação – ao designar a relação significante.

---

<sup>14</sup> A semiologia, segundo Benveniste (1984), é definida como “uma ciência que estuda a vida dos signos no seio da vida social”(idib:48)

Para ele, a noção de *signo* não provoca competição entre termos vizinhos (ícones, índices e símbolos<sup>15</sup>). Assim, linguagem, para este autor, nada mais é que um instrumento das operações mentais, em que o sentido está confinado a um sistema lingüístico cujos componentes que constituem o signo, na terminologia saussuriana, são a união do *significante* com o *significado*, dois lados da mesma moeda. O significado não é uma “coisa”, mas a representação psíquica da “coisa”. Esse caráter representativo constituiria um traço pertinente ao signo.

Dessa maneira, a Lingüística teria como único e verdadeiro objeto a língua, tudo o mais ficaria de fora do domínio desta ciência. Assim, Saussure homogeneiza o objeto, uma vez que, no seu entender, não é possível descobrir as regularidades necessárias para o estudo científico da linguagem se a Lingüística não voltar sua atenção para um objeto homogêneo. Desta maneira, prioriza o formal, uma vez que é nele que se encontram as maiores possibilidades de regularidades. A homogeneização do objeto, assim, permitiria descobrir nele a sua verdadeira ordem, uma ordem que ultrapassa a mera descrição e que permite chegar ao nível da explicação. Trabalhar com a linguagem numa perspectiva formalizante é limitá-la na medida em que os principais elementos, como o fonológico e o morfológico, estão marcados nas estruturas, e isto explica o privilégio desses níveis de descrição no estruturalismo de base saussureana. Neste sentido, o trabalho com os *significados* é um pouco mais amplo e complicado, pois ele é o avesso ao trabalho formal. A saída saussuriana para este problema foi fazer semântica não do *significado* diretamente, mas de seu valor, além do fato de esse conceito levar à “despsicologização” da Lingüística, já que Saussure atentava para a natureza psíquica do *significado*.

Vemos então que, através da teoria estruturalista da linguagem, há uma homogeneidade do objeto lingüístico através da noção de *estrutura*, em que a

---

<sup>15</sup> Essa foi a tripla divisão dos signos apresentada por Peirce. Com intenção bem distinta da de Saussure, Peirce, no que concerne à língua, não se interessava pelo seu funcionamento e nem formulava nada de específico em relação a ela. Sua intenção era fazer uma ciência dos signos, mas por caminhos bastante distintos do de Saussure. Através de um quadro semiótico que seria a “álgebra universal das relações”, Peirce se “armou de um aparelho cada vez mais complexo de definições visando repartir a totalidade do real, do concebido e do vivido nas diferentes ordens de signos. (Benveniste, 1984:44)

língua é passível de ser descrita a partir de unidades pertencentes a diversos níveis – principalmente o fonológico e o morfológico – suas regras combinatórias e sua posição dentro desse sistema. Essa concepção é a que tem conduzido os estudos semiológicos e os diagnósticos no campo da Neurolingüística. (Barthes, 1964/1979; Benveniste, 1989)

Já no gerativismo, a homogeneização também vai se dar pela estrutura; porém, agora, tendo um caráter *dinâmico*, opondo-se ao caráter estático, sistêmico, da estrutura saussuriana. Para Chomsky, estrutura não é um sistema fechado, por se dar à criatividade lingüística.

Com o advento da teoria gerativa foi que a sintaxe veio a se tornar o centro dos estudos lingüísticos. A semântica, por seu turno, teria por função interpretar estruturas sintáticas já formadas, atribuindo às estruturas “bem formadas”, de acordo com a gramática da língua, uma determinada interpretação.

Segundo Marcuschi (2000), o gerativismo, por ser uma teoria explícita e não descritiva, nunca teve como intenção o interesse de ser aplicável e de explicar a língua cotidiana. Seu interesse é apresentar de forma ordenada, explicativa, econômica e teoricamente ordenada, os fenômenos abstratos e universais da língua. A teoria gerativista é baseada no comportamento lingüístico ideal, tendo em mente a língua como fato biológico.

Para este trabalho, o breve resumo feito acima sobre as concepções de linguagem que influenciaram as classificações das afasias teve como propósito ressaltar a semiologia de linguagem nelas contida e, como ela, a semiologia determina o “olhar” para os fenômenos lingüísticos.

Segundo Novaes-Pinto (1992), estudiosos que se dedicam ao estudo do agramatismo em sujeitos afásicos deixam implícita a concepção de que o processamento lingüístico seria igual para todos os falantes. Porém, devido à grande variação na descrição dos sintomas lingüísticos, torna-se muito difícil inferir a respeito dos mecanismos responsáveis pelo processamento normal da linguagem, à medida que é o falante ideal que está sendo focado. Além disso, a aplicação direta destes modelos lingüísticos (modelos abstratos), segundo Coudry (1988), “reduzem a complexidade da linguagem e a

multiplicidade de seus fenômenos" (ibid:29). A crítica feita pela autora diz respeito a inúmeros processos envolvidos na construção da significação não considerados por tais modelos estruturalistas e gerativistas.

No que diz respeito à linguagem, as classificações, mesmo as mais atuais, deixam de contemplar os seguintes aspectos:

- A questão do erro como processo: para certos gramáticos, o bem falar, que está relacionado com a forma culta e com a gramática normativa, estaria de acordo diretamente com a expressão do pensamento. Assim, para esta perspectiva, se o indivíduo fala bem é porque ele pensa bem. Esta visão reducionista de linguagem valoriza apenas uma ou outra variedade e um ou outro recurso lingüístico, sendo estes, geralmente, mais racionais que as variedades populares e, por isso, mais corretos. As variedades populares de fala – retiradas do estigma imputado ao erro pela sociolingüística - para certos gramáticos poderiam, muitas vezes, ser até mais pitorescas, porém, para a gramática normativa, “o que mais se encaixa é o seu lado racional, preciso, invariável” (Moura, 2000:76). Uma linguagem que fuja deste padrão estaria correndo o risco de apresentar erros, de se desviar do que é considerado correto. Este preconceito lingüístico vai influenciar na classificação das afasias, sobretudo no que diz respeito aos testes psicométricos, que tanto privilegiam a norma culta.
  
- A língua e sua relação com a exterioridade: pensando a linguagem como um campo aberto para diferentes gestos de interpretação, há um regime de necessidade ao qual ela deve obedecer: as diferentes posições do sujeito; o jogo das imagens e interpretações recíprocas; os conhecimentos e crenças compartilhadas; as normas; os fatores contextuais; as propriedades ideológicas, culturais e intersubjetivas. Esses aspectos dizem respeito à linguagem e extrapolam o terreno do sistema lingüístico. Isto quer dizer que, no processo interlocutivo, uma série de atividades cognitivo-discursivas deverão ser realizadas

para dotá-lo de certas propriedades ou marcas que serão responsáveis pela produção de sentidos. A linguagem é um fenômeno que não existe fora do sujeito e de seu uso e, para melhor explicar esta passagem, remeto-me às palavras de Marcuschi (2001):

“A condição aporética da linguagem enquanto fenômeno humano é a forma de ser da língua. Daí ser ela uma atividade social e cognitiva em contextos historicamente delineados e interativamente construídos. A linguagem se dá como interlocução situada e se oferece como conhecimento para o outro. Dinâmica por natureza, a língua é estável, mas não estática e permite que os indivíduos a sigam. Deixa-se normatizar, embora de forma variável e variada... Trata-se de uma interação cooperativa em que dois ou mais indivíduos desenvolvem instrumentos, símbolos etc. para uso comum” (op.cit:41).

Mais adiante o autor ainda acrescenta:

“Quando dizemos que a linguagem é uma atividade colaborativa, isto certamente envolve a questão referencial” (op.cit.42)

Assim, para esta perspectiva sócio-cognitiva, as nossas operações de construção de textos discursivos não são um eterno recomeçar nem um eterno repetir, como nos lembra Geraldi (1991), “mas está sempre a produzir uma sistematização aberta, conseqüência entre duas exigências opostas: uma tendência à diferenciação, observável a cada uso da expressão, e uma tendência à repetição, pelo retorno das mesmas expressões com os mesmos significados presentes em situações anteriores”(ibid:12).

- As manobras lingüístico-pragmáticas realizadas por sujeitos afásicos em diferentes situações de uso da linguagem: para uma perspectiva discursiva de linguagem, há um deslocamento no estudo da linguagem que permite passar do dado para o fato<sup>16</sup> lingüístico. Isto traz para a reflexão a questão da historicidade, concebendo a língua no processo histórico-social e colocando o sujeito e o sentido como partes desses processos. Para a avaliação e classificação tradicional das afasias, trabalha-se com a linguagem numa situação não usual em que tudo parece já estar dito, descartando-se dessa maneira uma possibilidade de “plasticidade” das significações. Assim, ignoram-se as marcas ou propriedades que caracterizam a produção de sentidos, que abrangeriam “a coesão textual ao nível dos constituintes lingüísticos, a coerência textual ao nível semântico e cognitivo, os sistemas de pressupostos e de implicações ao nível pragmático da produção do sentido no plano das ações e das intenções” (Marcuschi, 1983:13).
  
- A relação entre o normal e o patológico: o sintoma tido como patológico não pode ser visto como algo isolado do funcionamento como um todo, para melhor circunscrever-se em sua verdadeira natureza, mas como algo que diz respeito ao funcionamento normal da linguagem. Canguilhem (1943/1995) já discutia em termos históricos essa questão entre o normal e o patológico. Para ele, o patológico deve ser entendido como uma perturbação do equilíbrio, fazendo com que haja um esforço da natureza para que se restabeleça um novo equilíbrio. Dessa maneira, as leis que governam o estado patológico, segundo Canguilhem, são as mesmas que as normais, não havendo, assim, uma fronteira rígida entre esses dois estados. O que há é um impacto da afasia na vida do

---

<sup>16</sup> Segundo Orlandi (1996), “...a concepção de fato de linguagem, na análise do discurso, traz para a reflexão a questão da historicidade. Já os dados, para a análise do discurso, são os objetos de explicitação de que se serve essa teoria. Os dados são os discursos... E os discursos não são objetos empíricos, são efeitos de sentido

sujeito que sofreu o episódio neurológico. Há uma alteração, não só da linguagem, como também da qualidade de vida. É importante salientar que muitas vezes os fatos tidos como patológicos, encontrados em sujeitos afásicos, também podem ser encontrados em sujeitos “normais”, sobretudo sob efeito do cansaço ou de estados emocionais intensos. Segundo Foucault (1980), no século XVIII, o verdadeiro papel do médico era conhecer a essência da patologia, e sua intervenção deveria estar submetida a padrões ideais da nosologia. Classificar, nessa época, era seguir uma lógica inseparável das formas mórbidas. Devido a essa dificuldade, Novaes-Pinto (1999:38) argumenta que “para estabelecer fronteiras entre os fenômenos patológicos, a classificação se vê obrigada a nivelar suas manifestações”. Nas palavras de Foucault:

“Os quadros são semelhantes, mas também se assemelham. De uma doença a outra, a distância que as separa se mede através do **grau** de sua semelhança, sem que intervenha o afastamento lógico-temporal da genealogia. (...) A distribuição perspectiva que nos faz ver na paralisia um sintoma, na síncope um episódio, na apoplexia um ataque orgânico e funcional não existe para o olhar classificatório, que é unicamente sensível às repartições de superfícies, em que a vizinhança é definida, não por distâncias mensuráveis, mas por analogia de forma. Quando se tornam bastante densas, estas analogias ultrapassam o limiar de simples parentesco e acendem à unidade de essência. (Foucault, *ibid*:05)

O que se pretende ressaltar aqui é que, ao desconsiderarmos questões que dizem respeito ao estado patológico, como fazendo parte, também, do funcionamento normal da linguagem, não apenas limitamos a análise da semiologia da linguagem nas afasias, como também reduzimos o entendimento da afasia como um fenômeno lingüístico-cognitivo.

---

entre os locutores...Como efeito, para análise do discurso, não existem dados enquanto tal, uma vez que eles resultam já de uma construção, de um gesto teórico”(1996: 211).

### 2.2.1- Sobre a semiologia das afasias

Para Benveniste (1984), é necessário ultrapassar o signo como o único princípio de dependência tanto da estrutura como do funcionamento da língua, pois o signo, correspondendo às unidades significantes da língua, não explica sobre o funcionamento discursivo, como também não explica a relação linguagem/cognição. Vejamos como o autor aponta para essa crítica:

“ a mensagem não se reduz a uma sucessão de unidades que devem ser identificadas separadamente; não é uma adição de signos que produz o sentido, é, ao contrário, o sentido (o intencionado), concebido globalmente, que se realiza e se divide em “signos” particulares, que são as palavras” (Benveniste, 1984:65).

Qual seria a vantagem de separarmos a linguagem dos outros domínios cognitivos? Qual é o lugar epistemológico da linguagem frente à cognição?

As respostas para estas questões vão depender do lugar, ou do interior da concepção de linguagem em que nos encontramos, pois o modo como vemos a linguagem e, conseqüentemente, o modo como vemos a afasia, é o que determinará o ponto de vista sobre os fenômenos lingüísticos alterados.

Como afirma Françoze (1987), para os afasiologistas, a afasia era problema de linguagem interna.

Jakobson, quando se propôs a descrever lingüisticamente as afasias, discutiu um problema que importa não somente à afasia, mas também à ciência geral da linguagem, especialmente à análise da estrutura verbal do comportamento, que é o conceito de sintagma e de paradigma, como pólos que determinam o uso da linguagem, ou seja, os dois modos básicos pelos quais o sujeito se relaciona com a linguagem – o sintagmático e o paradigmático. Segundo ele, os componentes de qualquer mensagem estão ligados necessariamente pelo código por uma relação interna de equivalência, ou melhor, por uma relação interna de similaridade. Mas apenas o código não basta para apreender uma mensagem: é necessário conhecer também o

contexto no qual aquele determinado código foi pronunciado. Aqui entramos no campo da contigüidade. Assim, os componentes de uma mensagem estão ligados ao código, por uma relação interna de similaridade, e ao contexto, por uma relação externa de contigüidade. Vejamos como isso é dito pelo autor:

“É a relação externa de contigüidade que une os constituintes de um contexto e a relação interna de similaridade que serve de base para a substituição. Por isso, no caso de um afásico cuja função de substituição foi alterada e a de contexto permaneceu intacta, as operações que implicam similaridade cedem às fundadas na contigüidade”. (Jakobson,1954/81:48)

Os sujeitos afásicos que manifestam um maior comprometimento na operação de seleção de seus constituintes lingüísticos, ou seja, na relação interna de similaridade afetada, a qual serve de base para a substituição, terão dificuldade em lidar com o código e se beneficiarão do contexto. Para esse tipo de alteração, segundo um exemplo, dado pelo autor, de um paciente de Head, ao pedir que ele repetisse a palavra “não”, respondeu: “Não, não sei como fazê-lo” (ibid:46). Segundo Jakobson, sujeitos afásicos com alterações nesse modo de arranjo, o da similaridade, terão, assim, dificuldade com o uso da metalinguagem. Isso se deve ao fato de que “a interpretação de um signo lingüístico por meio de outros signos da mesma língua, sob certo aspecto homogêneo, é uma operação metalingüística”(ibid:47). Para estes casos, há uma deficiência na seleção dos constituintes lingüísticos, ou melhor, na seleção das palavras dentro de seu campo lexical. O mesmo é possível dizer quando as relações externas de contigüidade estiverem afetadas. O sujeito terá dificuldade em lidar com o contexto e com a extensão das frases, além de elas não conseguirem apresentar variações. Quanto menos a palavra depender gramaticalmente do contexto, mais forte é a sua permanência no discurso.

De que semiologia falava Jakobson em 1954 ao descrever os dois modos de funcionamento da linguagem – seleção e combinação ou similaridade e contigüidade? Certamente da semiologia da língua, mas sem desconsiderar suas condições de uso e emprego comunicativo pelos falantes.

Baseando-se na concepção estruturalista da linguagem, e seguindo os preceitos de Saussure, a linguagem é considerada como uma entidade de dupla face. De um lado, o fato físico que se utiliza do aparelho vocal; de outro, a substituição dos acontecimentos pela sua evocação. Dessa maneira, a intenção de Jakobson ao descrever lingüisticamente os sintomas afásicos apresentados por Luria era considerar as funções desempenhadas pelos elementos lingüísticos, sob qualquer de seus aspectos: fonêmicos, gramaticais, semânticos, apresentando, assim, uma teoria geral da linguagem que implicasse no entendimento da aquisição da linguagem, do funcionamento da linguagem no cérebro e das alterações de linguagem causadas por lesões cerebrais, no caso, as afasias.

Se então, para Jakobson, conhecer a linguagem é conhecer não só seu aspecto físico, mas também a sua representação dada através de sua evocação, falar a língua implica saber falar sobre a língua. Conhecê-la é, então, uma questão basicamente metalingüística, e a afasia, para Jakobson, é definida como a perda da capacidade de realizar operações metalingüísticas. Segundo esse autor (1978)<sup>17</sup>, em 1875, estudiosos já refletiam a respeito do papel ativo da metalinguagem e o constante fluxo entre a consciência e o inconsciente, pois, para eles, a consciência e a vontade humana exerceriam apenas uma pequena influência no desenvolvimento da linguagem. Jakobson, nesse texto, entende que a operação entre atividades conscientes e atividade inconsciente na linguagem está ligada à função metalingüística. Em suma, para Jakobson, a função metalingüística está relacionada à consciência, pois é nesse momento que há uma “checagem do código”, querendo dizer com isso que o uso automático teria um caráter irrefletido e inconsciente (Busato, 2001).

### **2.2.2- A semiologia das afasias: para além do estruturalismo e do gerativismo**

Vemos, assim, que tanto a lingüística estrutural como a gerativa procuram descrever a língua em abstrato, fora de qualquer contexto de uso. Muitos lingüistas, porém, passaram a voltar a atenção para a linguagem como

---

<sup>17</sup> “El marco del lenguaje” Ed:Fundo de cultura econômica (1956/1988).

atividade, para a relação entre a língua e seus usuários e para a ação que se realiza na e pela linguagem. Dessa maneira, outras concepções de linguagem vão ganhando terreno, como, por exemplo, a Pragmática e a Análise da Conversação, as quais vão abrindo caminho para a Lingüística do Discurso. Esta Lingüística, a do Discurso, passa a se ocupar das manifestações lingüísticas produzidas por indivíduos concretos, em situações concretas, sob determinadas condições de produção. Isto significa que se torna necessário ultrapassar o nível da descrição frasal para tomar como objeto de estudo combinações de frases, seqüências textuais ou textos inteiros. O que essa nova abordagem lingüística visa é explicitar a (inter)ação humana por meio da língua, das mais diversas formas e com os mais diversos propósitos e resultados.

A vantagem em se ter uma abordagem enunciativo-discursiva da linguagem nos estudos neurolingüísticos vem do fato de a significação não ter uma relação direta com o mundo, sendo as instâncias enunciativas e as práticas de linguagem o elemento mediador dessa relação. Daí a necessidade da noção de discurso para pensar essas relações mediadas. É pelo discurso, devido a sua materialidade, que existe a possibilidade de compreender a relação linguagem/pensamento/mundo sem ser de maneira direta, unívoca, transparente, homogênea.

Para essa perspectiva não existe um interesse na língua como um sistema de signos abstratos, mas sim o de compreender a língua no mundo a partir de variadas maneiras de significar.

Tendo em vista este outro paradigma semiológico da linguagem, o sócio-cognitivo, ou enunciativo-discursivo (que leva em consideração a língua e a sua exterioridade, o conhecimento de mundo dos falantes, ou seja, questões que vão além da noção de língua enquanto sistema), como pensar a classificação das afasias? Para a semiologia de língua, a estruturalista, que tem como pressuposto a noção de valor, mantém-se um princípio de unidade (pela multiplicidade de aspectos que aparecem na linguagem) e um princípio de classificação (no sentido de encontrar o lugar da língua entre os fatos humanos). Para a abordagem alternativa (enunciativo-discursiva), não há

interesse em classificar as afasias em função dos seus déficits, mas classificá-las segundo os fatos de linguagem, ou melhor, saber por quais processos o sujeito mobilizou recursos lingüístico-cognitivos e em que situação.

Diferentes faces dos sentidos podem se tornar presentes, na perspectiva enunciativo-discursiva, indicando a maneira pela qual a compreensão é objetivada ou determinada. Isso vai permitir a análise da intersubjetividade, da dinâmica enunciativa assumida pelos interlocutores, dos processos escolhidos na referenciação, das condições de produção, das características individuais dos sujeitos, da heterogeneidade característica da linguagem humana *etc.* No campo da pesquisa neurolingüística, a abordagem discursiva pode, por exemplo, trazer implicações para o estudo das afasias e, também, para o estudo dos processos coexistentes na linguagem de afásicos e não afásicos. Isto é o que pode ser visto, por exemplo, no trabalho de Novaes-Pinto (1999), no qual a autora discute as chamadas síndromes afasiológicas, mais especificamente, o agramatismo, destacando a questão da variação na co-ocorrência dos sintomas. Segundo a autora, desprezar a variação existente no agramatismo, considerando-a como sendo exclusivamente um distúrbio de língua, deixa de fora aspectos da organização e do funcionamento da linguagem. Uma investigação do tipo qualitativa de dados de sujeitos afásicos, que está debruçada nos vários aspectos da linguagem (organização e funcionamento) pode contribuir para o esclarecimento dos mecanismos subjacentes ao verdadeiro déficit. A concepção enunciativo-discursiva da linguagem, por não se limitar aos aspectos internos do sistema lingüístico, coloca em relação o sujeito e sua afasia, o normal e o patológico, a linguagem e a cognição.

Assim, com base em uma modificação de perspectiva teórica da linguagem, outros fenômenos lingüísticos podem ser enfocados. Isto é o que podemos ver no trabalho de Morato & Novaes Pinto (1998), no qual as autoras criticam a literatura clássica a respeito da descrição dos *sintomas* quando estes são obtidos em avaliação metalingüística. Através da análise de orientação discursiva, uma síndrome clássica como a jargonafasia, por exemplo, pode ser interpretada de outra maneira. Ou seja, tanto as concepções teóricas como as

questões metodológicas utilizadas para a descrição e a análise dos sintomas lingüísticos e cognitivos, quando são apontadas para *a constituição do sujeito* nos processos dialógicos, colocam em xeque cada um dos sintomas que definem essa síndrome. A jargonafasia, por exemplo, classicamente tem sido definida como uma síndrome que apresenta dificuldades, tanto no que diz respeito à produção (grande quantidade de neologismos), como na compreensão (anosognosia). Há, por parte dos autores que se dedicaram a estudar esse tema, um consenso quanto aos sintomas apresentados pela síndrome: presença de um jargão caracterizado por parafasias de diversas naturezas, neologismos, presença de um déficit cognitivo associado à anosognosia e sintaxe preservada (Morato&Novaes-Pinto,1977). Porém, ao interpretá-los com base em uma perspectiva teórica (de orientação enunciativo-discursiva) e não apenas como atividades metalingüísticas (que contribuem para o aparecimento destes sintomas), essa interpretação dos fenômenos lingüísticos pode se dar de outra maneira, onde linguagem e sua exterioridade fazem parte da mesma análise. A fim de exemplificar as críticas feitas pelas autoras – a respeito do conjunto de sintomas apontados na literatura clássica sobre a jargonafasia, mais especificamente, quanto à presença obrigatória de anosognosia e a sintaxe preservada - ilustramos com os dados apresentados por EV<sup>18</sup>, extraídos de uma sessão do CCA<sup>19</sup> para melhor entendermos a presença e as críticas feitas por elas sobre estes sintomas lingüísticos.

Sessão de 14/06/96, começa a chorar, lamentando-se com a investigadora Imf

**EV:** vida bôla, boa, fazi... muito bem...falava tudo...

---

<sup>18</sup> “Trata-se de uma senhora destra, com 76 anos, casada, que cursou a Escola Normal. Sofreu em 1995 um AVC – Acidente Cerebral Isquêmico, que comprometeu a região cortical posterior (região parietal esquerda), segundo a tomografia computadorizada. Como consequência, teve alterações lingüístico-cognitivas compatíveis com a descrição de Afasia de Wernicke, com *jargão indiferenciado*, segundo a literatura, por produzir segmentos fonológicos da língua que, no entanto, muitas vezes não constituem palavras em português.” (Novaes Pinto,1999:253)

<sup>19</sup> O Centro de Convivência de Afásicos (CCA), que funciona no IEL/UNICAMP, ligado ao Laboratório de Neurolingüística (LABONE), é um centro não só de convívio de sujeitos afásicos e não afásicos, como, também, de pesquisa que reúne pesquisadores de várias áreas – lingüistas, neurolingüistas, fonoaudiólogas, neurologistas, alunos - que se interessam por questões de linguagem, a sua relação com os demais processos cognitivos e que vivenciam situações sociocultural da linguagem.

Imf: Senhora falava tudo, né?

**EV:** Estes dias eu tô chorando muito, pareceu eu tô (enunciado ininteligíveis- EI) dos outros, sabe?

Imf: A senhora não queria incomodar?

**EV:** (EI) Agora...(EI) eu não sei falá dela, falo(EI)///longa pausa// Não sei falar uma / kolobi'dila/ num sei,/ kabo'do/tudo...nada, num vem nada, num (EI)

//Imf pergunta à EV o que ela teve, como percebeu que algo estava errado com sua fala//

**EV:** Eu fui notando / koliz'tide/. Vô falá numa coisa, va fala outra, vai fala outra(EI) (Morato & Novaes-Pinto,1997 apud Novaes-Pinto, 1999:213)

As autoras, por meio de uma análise lingüístico-pragmática dos dados, justificam que a ocorrência dos sintomas lingüísticos pode variar de acordo com a situação dialógica. As condições de produção em que o sujeito afásico se vê, juntamente com a possibilidade reduzida no uso de seus recursos lingüísticos, prejudicam a interação como o seu interlocutor (investigador) que, de certa maneira, é uma pessoa desconhecida para ele. Os dados, também, demonstram que EV tem consciência de suas dificuldades, segundo os seus próprios enunciados; dessa maneira, aquilo que se coloca como característica principal da definição de jargonafasia - a dificuldade de compreensão e a presença de neologismo<sup>20</sup>, através de uma mudança teórica e metodológica, no caso de uma análise discursivo-enunciativa - não se sustenta, pois as deformações podem ser mais uma maneira de o sujeito se ajustar às “restrições fonotáticas da língua” (cf.Freitas, 1997), sendo necessário, também, considerar as “interfaces do processamento lingüístico (fonológico – sintático – semântico) no contexto das transformações parafásicas” (Novaes-Pinto,1999:216).

Outro sintoma característico na literatura clássica das afasias, obtido através das avaliações metalingüísticas da linguagem, é o que se chama de parafasias. Morato (2001) faz uma crítica sobre este sintoma na medida em que tal fenômeno, a parafasia, pode indicar o processo enunciativo e dialógico que os sujeitos (afásicos e não afásicos) operam com relação ao processo

---

<sup>20</sup> Segundo a literatura neuropsicológica, neologismo é uma produção parafásica deformante, não sendo possível reconhecer sua representação fonológica e o seu conteúdo semântico.

lexical e de que forma isso se reflete em relação à linguagem, pois, muitas vezes, o que é caracterizado, nas avaliações metalingüísticas da linguagem, como sendo um déficit de linguagem característico de certas afasias, passa a ter, com a mudança teórico-metodológica, uma outra compreensão para o uso da linguagem. Mais uma vez, exponho um exemplo retirado do trabalho de Morato (*ibid*), para melhor ilustrar as críticas feitas pela autora. Vejamos:

*// Participantes do grupo do CCA lendo um artigo da revista “Veja” sobre o ex-presidente Fernando Collor de Mello, comentam essa notícia. A pesquisadora (Lem) questiona CI//*

Lem- O senhor acha que ele pode tentar sair o ano que vem, pra prefeito? Ele acha muito “lixo”, eu tenho a impressão, candidatura para prefeito.

CI- Ele vai ser pres...feito de São Paulo.

Lem- É, porque dá uma visibilidade, assim, né?

CI- É, porque, presi...prefeito de São Paulo, o que o cara tem que fazer é: ...car cargo político.

Lem- Mas quais os candidatáveis, já?

CI- Collor, Collor, Maluf...

Lem- Marta...

CI- Marta Suplicy...

Lem- A Erun...

CI- A heroína...

Lem- Épa!

CI- Erundina...//risos dos demais, que parecem ter notado o ato falho de CI, que se mantém sério//

Lem- //rindo, falando mais para o grupo do que para CI em particular// Que é uma forma de heroína...

No exemplo acima, a autora discute a ocorrência de uma parafasia (heroína por Erundina), fenômeno semelhante no campo semântico a um ato falho, como, também, a instabilidade entre “prefeito” e “presidente” para designar o cargo pleiteado pelo ex-presidente Fernando Collor de Mello. Segundo a autora, esses dados mostram de que maneira os sujeitos (afásicos e não afásicos) operam em relação ao processamento lexical, isto é, num ambiente lingüístico-pragmático no qual intervém a memória discursiva (*ibid*:67).

É interessante lembrar, também, que estes sintomas lingüísticos são sintomas que fazem parte do funcionamento normal da linguagem quando os

sujeitos estão sob o efeito de stress, cansaço ou qualquer outra situação em que se sinta pouco confortável no exercício da linguagem.

É nesse sentido que o estudo das afasias, para escapar das dicotomias limitantes da semiologia/sintomatologia neuropsicológica, semiologia/sintomatologia neurolingüística, devem abrir um diálogo teórico entre a língua e a sua exterioridade, não desvinculando a linguagem de seu uso concreto e das situações interativas, levando em conta a relação entre a língua e seus usuários, pois o uso não pode ser avaliado subtraindo-se das análises o próprio sujeito. No discurso das práticas com linguagem há aspectos subjetivos, interativos e sócio-culturais que fazem parte do processamento da linguagem, que não podem deixar de ser considerados se o objetivo for focar a linguagem em sua abrangência. Há um domínio cognitivo da linguagem que tem que levar em conta sua exterioridade e não apenas a realidade cerebral, incorporando-se a outros domínios lingüísticos, tais como: a Semântica Enunciativa, a Análise do Discurso, a Análise da Conversação e a Pragmática, entre outros. Só assim aquilo que era visto antes como patológico pode passar a ser visto, também, como um processo que faz parte dos processos normais do fenômeno lingüístico/cognitivo.

### **2.3. Classificação das afasias em xeque**

Como já foi visto no primeiro capítulo, desde o século XIX até os dias de hoje, a classificação e a semiologia das afasias são feitas sob estes moldes lingüísticos: o da nominalização e o da descrição de aspectos fenomenológicos. Sendo assim, não é à toa que os afasiólogos vêm acrescentando desde aí explicações *ad-hoc* em relação às dicotomias tradicionais subjacentes à taxonomia, sem questionar as já existentes, privilegiando, desta maneira, os diagnósticos diferenciais ao invés das questões lingüísticas propriamente ditas. A partir daí, surge uma inclinação para tratar a classificação a partir de categorias, as quais são constituídas com base em uma semiologia. Sendo assim, classificar é, antes de tudo, uma forma de categorizar.

No trabalho de Lesser & Mylroy (1986), o que é possível observar é que as autoras não pretendem classificar essencialmente os sintomas lingüísticos das afasias, como, por exemplo, o fez Jakobson ao descrever lingüisticamente as afasias propostas por Luria. O que elas fazem – pela evocação de teorias lingüísticas determinadas, como a Proposta Conversacional de Grice (Grice, 1989) e as Teorias dos Atos de Fala (Austin, 1962/1982) – é investigar o que é próprio da linguagem e sua estrutura, apresentando descrições obtidas, por exemplo, na análise das implicaturas conversacionais. Baseando-se nestas implicaturas, as autoras seguem o mesmo critério de análise descrito por Grice, segundo o qual não se pode garantir a inteligibilidade completa de uma expressão sem que haja uma explicação de sua significação dada pela Lógica, Lógica esta que difere quando se tratar dos símbolos formais e de sua contraparte das línguas naturais.

Outras formas de classificações, com o passar do tempo, vão surgindo ou, pelo menos, acredita-se que se diferenciam das já existentes. Assim, ao observar os vários tipos de classificação das afasias (não apenas aquelas apresentadas no capítulo 1, mas as mais atuais, aquelas que usualmente são utilizadas nas práticas clínicas de hoje, como as de Goodglass & Caplan (1972) e, também, as revisões feitas por Rondal & Seron (2001) sobre as antigas classificações – a de Broca, a de Wernicke, a de Head e a de Goldstein, vemos que há<sup>21</sup> uma certa unanimidade entre os autores (tais como, Caplan,1992; Chapey,1994; Davis,1993; McCarthy & Warrington,1994; Seron & Feyferisen,1982) a respeito da definição de afasia:

“Se trata de uma perturbação de linguagem que acontece após uma lesão no sistema nervoso central em um indivíduo que dominava normalmente a linguagem antes dessa agressão cerebral”. (Rondal & Seron 2001:661)<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Le debat reste actuellement encore largement ouvert sur la question de savoir ce qui est ou non une aphasie (Rosenbek, 1982)... “Il s’agit d’ un trouble des fonctions langagières qui survient suite à une lesion du système nerveux central chez um individu qui maîtrisait normalement le langage avant l’ atteinte cérébrale”.

Para esses autores, a questão principal diz respeito à noção que cada um deles tem de lesão cerebral, podendo ela ser tanto focal como difusa. Uma lesão focal, por ocupar um volume cerebral delimitado, podendo atingir tanto os componentes corticais como os sub-corticais, geralmente, tem como conseqüência excluir *a priori* a linguagem do diagnóstico da afasia, pois, para esses autores, a lesão focal não toca nos problemas de linguagem. Somente a lesão difusa, por ser mais extensa, abrangendo muitas vezes várias regiões do cérebro, pode acarretar uma afasia.

No que diz respeito à linguagem, a afasia é descrita, para os autores mencionados acima, em termos de alteração do *código* lingüístico, tanto para produzir como para compreender uma mensagem. Os “desvios” observados podem atingir os diferentes níveis de descrição da língua – fonológico, lexical, morfológico e sintático – os quais são considerados como sintoma de lesão cerebral.

Após a Segunda Guerra Mundial é que se desenvolve o grande interesse pela afasia, devido ao número elevado de soldados com lesão cerebral e à obrigação social em reabilitá-los, atraindo, assim, uma grande quantidade de pesquisadores para o estudo da neuropsicologia normal e patológica. Em resposta a esta circunstância, muitos manuais e testes de afasias apareceram, tais como: *Examining for Aphasia* (1954) de Eisenson; *Language Modalities Test for Aphasia* (1961) de Wepman and Jones e *Differential Diagnosis of Aphasia com o Minesota Teste* (1965) de Schuell, *Boston Diagnostic Aphasia Test* (1972) de Goodglass e Kaplan, entre outros. Estes testes, segundo Goodglass e Kaplan (1983), tinham, como ainda têm, a finalidade de oferecer ao examinador “insight” sobre o que é comum à síndrome afásica reconhecida pelo examinador. Ou seja, o teste passa a ser uma ponte entre aquilo que o sujeito cérebro-lesado apresenta e aquilo que o examinador vê. Neste sentido, as baterias de testes para a afasia têm como objetivo o diagnóstico, extraído de tais baterias, permitindo, assim, identificar a maior variedade de linguagem que caracterize uma síndrome afásica.

Fazendo parte do “princípio classificatório” do método clínico, Babinski, no início do século XX, argumentava que, para se ter um bom diagnóstico, era

necessário que houvesse, antes de tudo, uma análise detalhada e precisa dos sintomas, pois, sem uma semiologia rigorosa, a taxonomia das afecções estudadas correria o risco de ser imprecisa, acarretando explicações patogênicas defeituosas ou, mesmo, arriscadas.

Quais seriam, então, as entidades nosológicas que constituem as sintomatologias afásicas, além daquelas descritas por Goldstein, Luria, Wepman, Schuell, ou mesmo outras terminologias existentes? O que, de fato, as diferenciaria? Seriam apenas diferenças terminológicas para o mesmo sintoma ou seriam encaixes sintomatológicos devido à falta de uma taxonomia mais precisa? Além disto, o enfoque, ou “critério de busca” que cada autor tem ao elaborar as entidades nosológicas afásicas difere de um para o outro. Assim, o que para Luria é, por exemplo, chamado de afasia semântica, baseando-se nas divisões corticais e sistemas funcionais, para Wepman, tendo como base a exteriorização verbal, é chamada de semântica sintática, dependendo do grau da gravidade. Esta mesma afasia, Schuell a chama de afasia simples, baseando-se em padrões de deficiência.

É importante salientar, também, que, segundo a definição de afasia descrita acima, antes de entender os mecanismos que levam os sujeitos a apresentar determinada alteração de linguagem, ela, por si só, serve para justificar uma lesão e determinar a qual tipo de síndrome afásica pertence. Além disso, as classificações mais utilizadas continuam sendo fundadas nas dicotomias clássicas: fluentes e não fluentes, no que diz respeito à linguagem, e lesões anteriores e lesões posteriores, no que diz respeito ao plano orgânico. Assim, as síndromes afásicas são identificadas em função da compreensão, da expressão verbal e da repetição. Vejamos como Seron & Feyereisen (op.cit. 1982:140-141, in Rondal & Seron (2000:671) apresentam cada uma delas:

Afasias	Correspondência com outras classificações	Principais manifestações	Localizações cerebrais
Broca	<u>Head</u> : afasia verbal <u>Goldstein</u> : afasia motora <u>Luria</u> : afasia motora eferente	Carência verbal, problemas árticos, estereotipias. Evolução lenta e silábica. Frequentemente apresenta uma disprosódia. Evolução freqüente para o agramatismo. Compreensão relativamente boa.	Área de Broca. Mais especificamente, lesão do opérculo fronto-parietal da parte anterior da insula.
Transcortical motora	<u>Luria</u> : afasia dinâmica	Repetição quase normal. Designação e denominação quase normal porém lenta. Compreensão normal. Privação espontaneidade em linguagem espontânea. As vezes apresenta mutismo.	Lobo frontal dominante à periferia (superior ou anterior) a área de Broca ou com imediações da área motora suplementar.
Wernicke	<u>Head</u> : afasia sintática <u>Goldstein</u> e <u>Wernicke</u> : afasia sensorial <u>Luria</u> : afasia acústica	Debilidade na locução, porém próxima do normal. Presença de parafasias, neologismo, dissintaxia. Deficit de compreensão bastante forte. Privação de palavras. Frequentes anosognosia.	Parte postero-superior do lobo frontal.
Condução	<u>Goldstein</u> : afasia central <u>Luria</u> : afasia motora aferente	Debilidade na locução, porém próxima ao normal. Compreensão auditiva e escrita quase normais. Repetição impossível ou largamente deficitária. Leitura em voz alta bastante deficitária. A maioria das parafasias são fonêmicas.	Lesão da parte posterior e interna da fissura de Sylvius; implicação freqüente do gyrus supramarginal.

Amnésica	Head: afasia nominal Goodglass: anomia	Locução normal. Pouca parafasia. Compreensão auditiva e escrita satisfatórias. Privação de palavras importantes.	É pouco claro, lembra região pós-rolândica. Aparece como certos níveis demenciais do tipo Alzheimer
Transcortical sensorial	Goldstein: isolamento das áreas de linguagem	Locução normal. Compreensão auditiva e escrita bastante comprometidas. Apresenta parafasias semânticas. Repetição quase normal, às vezes, ecológica. Anosognosia freqüente.	Atinge o lobo parietal inferior esquerdo, isolando sua estrutura do resto da área da linguagem.
Global		Adição da semiologia expressiva da afasia de Broca e da semiologia receptiva de Wernicke.	Resulta de problemas vasculares graves afetando a zona da linguagem em seus componentes pré e pós rolândicos.
Mista		Envolve toda combinação possível das seis grandes formas descritas acima	

Como podemos observar no quadro acima, as classificações das afasias, as mais usualmente utilizadas, além de mostrarem que não são essencialmente diferentes entre si - por exemplo: a **afasia de Broca** é de certo modo o mesmo que a **afasia verbal** de Head, que **afasia motora** de Goldstein, que **afasia motora eferente** de Luria, ainda têm como pressuposto teórico a correlação entre lesão ou critério anatômico e sintoma lingüístico. Além disso, a classificação se funda, como já vimos anteriormente, na dicotomia cortical anterior e posterior - paradigma cartesiano que atua desde o século XIX.

Já há fatos interessantes, contudo, que Seron & Feyereisen (ibid) vão apontando. Para as lesões que atingem o lado direito do cérebro, o que está afetado não são os componentes lingüísticos, tais como o léxico, a fonologia ou a sintaxe, mas os componentes *para e extra-lingüísticos*. Segundo os autores, estes componentes incidem na compreensão da prosódia de um enunciado,

nas emoções veiculadas pelas expressões faciais e também na compreensão do sentido implícito dos enunciados como as metáforas e as ironias.

Outro fato distinto do que se pensava quanto à localização da linguagem no cérebro, apontado por Seron & Feyereisen (ibid), foi observado por meio de técnicas modernas de neuroimagens funcionais. Por meio de testes bastante sofisticados, como o PET (tomografia por emissão de pósitron), o SPECT (tomografia por emissão de fótons) e o MRI (imagem por ressonância magnética), tornou-se possível detectar lesões que atingem as áreas subcorticais, tais como o tálamo, a substância cinzenta e algumas regiões da substância branca, as quais também podem originar problemas de linguagem, acarretando, assim, diferentes formas de afasias. Exemplos disso são as lesões dos gânglios da base e da cápsula interna, produzindo afasias do tipo não fluentes - como as afasias de Broca, a afasia transcortical motora ou, ainda, disartria com redução de intensidade vocal, ao passo que lesões posteriores dessa mesma estrutura assemelham-se à Afasia de Wernicke.

Apesar de as novas tecnologias auxiliarem o entendimento do funcionamento cerebral, o paradigma cartesiano que rege o pensamento dualista - anterior x posterior; emissão x recepção; sensorial x motor; linguagem x pensamento; língua x fala; interno x externo – pode perder sua força, quando pensamos sobre o funcionamento da linguagem que leva em consideração os aspectos culturais, semióticos que estão atuando na produção e na interpretação do sentido, inserindo, assim, o sujeito, numa determinada comunidade, com suas respectivas práticas discursivas.

Ao longo deste capítulo, vimos então que Jakobson (1954/81; 1955/70; 1956/88) descreveu lingüisticamente os sintomas neuro-funcionais das classificações lurianas das afasias, baseado em uma concepção estruturalista de linguagem, que tem por princípio a língua como um sistema fechado, formal e homogêneo. Suas descrições foram fundamentais para o entendimento das alterações de linguagem causadas pela afasia, na medida em que foi um fato pioneiro, abrindo, assim, oportunidades para novos estudos lingüísticos sobre as afasias. Posteriormente, outra entidade nosológica amplamente estudada foi o agramatismo, com o advento da teoria gerativista. Seus itens semiológicos

foram baseados na sintaxe da língua, para assim melhor explicar os fenômenos abstratos e universais da linguagem. Neste sentido, cada uma dessas teorias, com suas respectivas semiologias da linguagem, permitiu uma categorização, ou classificação, das afasias.

Vemos, assim, que o procedimento de análise, e de se fazer ciência, está de acordo com aquela que vimos, no primeiro capítulo, a do século XIX. A ciência para esta época era comparativa e descritivista, assim como se fazia com os elementos da natureza: observa-se, analisa-se, descreve-se e classifica-se um fenômeno. Tudo está representado pela linguagem da maneira exata como ele se apresenta ao mundo. A linguagem passa a ser, assim, o retrato da realidade.

Porém, com o avanço da ciência lingüística (que ocorre nos ambientes institucionais, nos vários trabalhos acadêmicos apontados neste capítulo sobre agramatismo, jargonafasia, parafasia e automatismo, além de outros que veremos no capítulo seguinte, como a síndrome frontal leve, como também nas práticas clínicas que veremos posteriormente) as classificações das afasias são criticadas não só pela teoria lingüística que as ampara, como, também, pela semiologia da linguagem que as fundamenta. Segundo os autores Gandolfo (1994), Morato & Novaes-Pinto (1997), Novaes-Pinto (1999), Morato (2001), Viscardi (2005), as críticas se dão, principalmente, na busca de uma semiologia da linguagem que abranja os fenômenos lingüísticos de maneira mais ampla, reivindicando, assim, um diálogo com outros campos de interesse, como as Ciências Sociais, a Psicologia, a Neurologia. Dessa maneira, aspectos sociais, históricos e cognitivos da linguagem passam a ser considerados, de modo que a subjetividade, a heterogeneidade, a construção do sentido não fiquem apartadas dessa análise.

### **Capítulo 3: O MÉTODO CLÍNICO HOJE: o que perdura e o que se problematiza.**

Nosso esboço de patologia é, evidentemente, uma ficção. A análise que essa patologia substitui pode ser rapidamente reconstituída, com ajuda de Platão. “Na minha opinião dizer que o médico se enganou, que o calculador ou o gramático se enganaram são apenas maneiras de falar; na realidade, nenhum deles, na minha opinião, enquanto merece o nome que lhe damos, jamais se engana; pois ele só se engana na medida em que sua arte o abandona, e, nesse ponto, ele não é mais artista”. (Canguilhem, 1995:261)

#### **3.1 – Introdução**

Foi no século XVIII que o saber médico, segundo Foucault (1980), tomou novos rumos. O que antes fazia parte de um procedimento clínico, a busca dos sintomas para conhecer a própria essência da doença - a pergunta que caracterizava esta época era: “o que você tem?” - dá lugar, no século XIX, a uma nova reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico. Para esta época, a do século XIX, o ver e o enunciável eram elementos fundamentais para se alcançar um diagnóstico. Aqui, o que se pretendia, segundo Porter (1993), era uma “moeda lingüística”, a qual propiciava uma troca entre o médico e o paciente, caracterizada pela pergunta: “onde dói?”. Desta maneira, a compreensão da doença passa a ser dada através de um nome que possibilita um canal de comunicação entre o médico e o paciente. Nas palavras de Porter (1993):

“A doença põe a linguagem inevitavelmente em tensão. Temos uma dor: buscamos em vão por uma palavra certa que comunique a natureza e intensidade do que estamos sentindo, e que esclareça

exatamente em que ponto de nossa pele ela está localizada. Isto é algo difícil, porque nossa linguagem de dor não é nem objetiva nem bem-diferenciada. Com frequência temos de preservar a identificação da dor como um sintoma de alguma entidade mais abrangente: um mau funcionamento, deficiência, distúrbio, doença – e de maneira bastante óbvia, os pontos críticos aos quais uma dessas categorias seria aplicada.” (Porter, 1993:365).

Tendo em vista a maneira pela qual o diagnóstico é alcançado através de um determinado método científico<sup>22</sup>, aqui tomado como método clínico característico da época, ao longo deste capítulo veremos como se “naturaliza” a doença, nos termos de Canguilhem (1995). Para esse autor, o estado patológico é “ uma reação generalizada com intenção de cura” (*ibid*:21). Isto é o que poderá ser visto na análise de dados dos sujeitos afásicos, os quais, quando submetidos aos testes avaliativos para detectar o tipo de afasia que lhe é próprio, apresentam alterações que mantêm em tensão a relação entre o normal e o patológico, sem que haja valores opostos ou que existam fatos que sejam normais ou patológicos em si, mas anomalias que podem exprimir outras normas de vida possíveis.

Neste capítulo discutiremos, também, as críticas feitas às classificações das afasias, que muitas vezes recaem na semiologia da linguagem.

### **3.2- Quais as críticas dirigidas às classificações das afasias.**

Vimos até agora que as classificações das afasias vêm recebendo críticas tanto dos lugares institucionais a que elas pertencem, como das semiologias da linguagem que as fundamentam. No desenrolar deste capítulo, é de algumas dessas críticas que iremos tratar, na seguinte ordem:

- A discussão sobre as relações entre o normal e o patológico
- Os limites teóricos e metodológicos sobre as afasias: classificação X diagnóstico

---

<sup>22</sup> Método científico para este trabalho é o conjunto de regras básicas para que se desenvolva –o pensamento científico. |

- A concepção normativa e estruturalista que subjaz aos estes avaliativos
- Uma relação dicotômica entre linguagem e metalinguagem
- Os processos semiológicos (verbais e não verbais) co-ocorrentes de comunicação
- A questão do erro tomado como processo e não como patologia

### **3.2.1- A discussão sobre a relação entre o normal e o patológico**

Segundo Canguilhem (1995), o médico, por meio de uma determinada classificação de doença, tem como objetivo diagnosticar e dar o seu julgamento de valor. Estar doente é estar fora da norma e o conceito de norma faz parte do conhecimento de fisiologia que o médico tem. Assim, a doença perturba o equilíbrio e este desequilíbrio – que muitas vezes pode aparecer sob a forma de um sintoma – pode ser a reação que a natureza exerce no homem para se chegar a um novo equilíbrio. Desta maneira, os fenômenos patológicos, segundo Canguilhem (*ibid*), estão relacionados com a variação quantitativa dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Mas, se o patológico é designado a partir do normal, seria a afasia uma questão patológica e, portanto, integrante de um desvio estatístico, classificável, ou, nos termos de Canguilhem, de uma anormalidade (aquilo que foge à norma)? Qual é a fronteira entre o normal e o patológico no que diz respeito às afasias?

Concordando com Canguilhem, é preciso “compreender o fenômeno patológico que revela uma estrutura individual modificada que, neste caso, a afasia causou e que pode chegar a reações semelhantes a que fazia antes, porém por caminhos completamente diferentes” (*ibid*:48). Desta maneira, na patologia, não haveria uma ausência de normas, mas uma incapacidade em ser normativo, uma incapacidade de estar dentro de uma frequência estatística. O conceito de norma e o conceito de média são diferentes, tal como é para os fisiologistas; a norma faz parte de uma média estatística. Porém, o

que se deve buscar não é definir objetivamente o normal, mas “reconhecer a normatividade original da vida” (Canguilhem 1995:142). O que Canguilhem critica é que a ciência médica não intervém na relação entre normal e patológico. Seus conceitos não são adequados à análise desta relação; e para apreender a significação desta relação, afasta-os.

Para este trabalho, essa questão da relação entre o normal e o patológico é fundamental para o entendimento dos fenômenos lingüísticos dos sujeitos afásicos, porque, se não considerarmos o patológico como fazendo parte do funcionamento normal, como postula Canguilhem (ibid), porém, por caminhos distintos daquele esperado na “normatividade”, o método clínico tende a ser pautado exclusivamente para o estado patológico, quantificando os fenômenos alterados, limitando, assim, a possibilidade de aproximação com o funcionamento normal.

É interessante observar como Canguilhem, em seu livro “O normal e o patológico” (1995), refere-se a Comte, para quem os fenômenos patológicos consistem basicamente em excesso ou falta de excitação dos diversos tecidos segundo o grau que constitui o estado normal. Canguilhem questiona o caráter particularmente abstrato desta tese, apresentando um exemplo dado por Sigerist, como um contra-argumento que justifica sua crítica. Vejamos abaixo:

“Durante a digestão, o número de glóbulos brancos aumenta. O mesmo acontece no início de uma infecção. Conseqüentemente, este fenômeno é ora fisiológico, ora patológico, segundo a causa que o provocou”. (*apud* Canguilhem 1995:32)

Desta maneira, Canguilhem aponta que a intenção de Comte é negar a diferença qualitativa e, segundo a lógica, esta negação leva a afirmar uma “homogeneidade quantitativamente exprimível”.

“Definir o anormal por meio do que é de mais ou de menos é reconhecer o caráter normativo do estado dito “normal”. (Ibid:36)

É esse caráter positivista<sup>23</sup>, como um ideal de perfeição, que Canguilhem critica. Argumenta que a noção de aumento ou a de diminuição são conceitos quantitativos. Contudo, alteração não pode ser pensada a não ser como um conceito qualitativo. Para essa época existia, então, um “olhar contábil”; os números funcionavam como indicadores de saúde, por exemplo, a medição do pulso e da temperatura.

Já Claude Bernard, segundo Canguilhem (1995) e Kremer-Marietti (1996), admitia tanto uma diferença qualitativa nos mecanismos e nos produtos das funções vitais no estado patológico e no estado normal, como um valor quantitativo do termo “patológico”. Esta ambigüidade diz respeito tanto ao conceito de homogeneidade – para se saber a natureza de um dos dois objetos é necessário que se defina ao menos um deles ou então a natureza comum a um e a outro – quanto ao de continuidade, que permite intercalar entre os extremos, sem reduzi-los um ao outro. A originalidade de Bernard está no fato de ele apontar para a importância de uma harmonia necessária entre o organismo e o meio interno, que não é levado em conta por Comte. Para Bernard, é este equilíbrio do meio interior que constitui a saúde ou o estado saudável. Vejamos como isto é tratado por Bernard:

“Quando classificamos como patologia um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que o torna patológico é sua relação na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos concretos e não com seus órgãos e suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia – isto é, estudo dos mecanismos da doença – porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio”. (apud Canguilhem, 1995:65)

---

<sup>23</sup> Corrente filosófica que ao estudar os fatos humanos usa procedimentos, métodos e técnicas empregadas pela ciência da natureza, (Chauí, 2005).

Assim, para Bernard, os efeitos patológicos nada mais são do que a modificação dos fenômenos fisiológicos normais. Ou seja, no estado patológico há uma alteração qualitativa dos fenômenos fisiológicos.

Canguilhem acredita que, para se ter um conhecimento sobre o normal, é necessário levar em conta os desvios apresentados pela patologia, porque assim se sabe mais sobre a “normalidade”. Em relação à média estatística ou quantitativa nos estudos afasiológicos, os fatos lingüísticos encontrados nas descrições clássicas das afasias podem estar baseados em valores que na realidade não existem. Isto porque muitos fenômenos lingüísticos considerados alterados, com base em um protocolo avaliativo, reduzem-se à estrutura ideal da língua como parâmetro de normalidade, deixam de fora outros aspectos como os interativos, discursivos e pragmáticos. Assim, qualquer fato lingüístico que foge a este modelo ideal de língua é considerado como desviante, como erro, como patológico (Novaes Pinto, 1999).

Freud, como já mencionado, também questionava os dados (sintomas) lingüísticos como se estes fossem evidências diretas de uma lesão orgânica. Assim, introduz a noção de perturbação funcional, querendo com isso designar uma série de efeitos que devem ser relacionados com o funcionamento global do “aparelho da linguagem”.

Assim como Freud, Goldstein (1950) também fazia parte desta corrente de autores que acreditavam que em matéria de distúrbio da fala, o comportamento normal poderia ser explicado a partir do patológico. Além disso, não tinham como intenção localizar a linguagem no cérebro, propondo uma visão holística de funcionamento cerebral, destacando a importância do sintoma lingüístico. Este autor acreditava que a linguagem não era uma simples coleção de palavras, estáticas (ergos), como um produto morto apresentado pelas análises científicas, mas um processo dinâmico.

Vemos, então, como o ambiente em que se dá o método (clínico) é o que muitas vezes determina seu interesse pelo diagnóstico, pela classificação e pela própria investigação da patologia. É através do método clínico, pelas suas condições históricas, filosóficas e epistemológicas, que se extraem as informações necessárias para se chegar a uma classificação. Isso nos permite

observar como se chegava a um diagnóstico no século XVIII – através de um “olhar puro, anterior a toda intervenção, fiel ao imediato”(Foucault,1980:121). Já no século XIX, através da pretensa descoberta da anatomia patológica, a análise clínica era reencontrada não só no próprio corpo, mas na escuta e no tato, percepções estas acrescentadas à vista e fazendo parte de uma nova semiologia anátomo-clínica. Aqui há uma nova regra quanto à disposição dos objetos do saber: “ um olhar que não se contenta mais em constatar, mas que descobre” (ibid:77). Assim se deu, no século XIX, a formação do método clínico, a emergência do olhar clínico no campo dos signos e dos sintomas. Segundo Foucault, o sintoma é a forma como se apresenta a doença. Nas palavras do autor:

“ De tudo o que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primeira... O signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente... Através do invisível, o signo indica o mais longínquo, o que está por baixo, o mais tardio. (ibid:102)

Foucault, mais adiante nesse mesmo capítulo, chega a dizer que signo e sintoma são e dizem a mesma coisa, porém com a diferença de que o sintoma é o “suporte morfológico indispensável do signo”, chegando a concluir que “não há signo sem sintoma” (*ibid*:105)

“Assim, de direito “todo sintoma é signo”, “mas todo signo não é sintoma” no sentido em que a totalidade dos sintomas nunca chegará a esgotar a realidade do signo”( *ibid*:105)

Vemos, então, que desde o final do século XVIII, o método clínico abre-se para novos “mitos epistemológicos”:

- Há uma estrutura alfabética da doença. Da mesma maneira que os gramáticos partiam do alfabeto como o esquema ideal de análise da língua – pois, pela sua forma última de decomposição é que se encaminhava o aprendizado dessa língua – a imagem alfabética da doença foi transposta sem modificação para o olhar clínico. Cada

segmento observável do estado patológico não diz nada quando visto isoladamente, mas tomará sentido e valor quando composto com outros elementos.

- Há uma redução nominalista para o olhar clínico. Após feita a análise do conjunto de sintomas, a doença se traduzirá em um nome, “a doença, como nome, é privada de ser, mas como palavra, é dotada de uma configuração. Este será o modelo adotado no século XIX, o olhar clínico que opera sobre os fenômenos patológicos fazendo uma redução do tipo químico: através de uma análise, isolam-se os elementos componentes da doença, permitindo, assim, definir a sua composição, estabelecer pontos comuns, suas semelhanças e diferenças para se chegar, através de uma “arquitetura” semelhante à da lingüística.

### **3.2.2- Os limites teóricos e metodológicos sobre as afasias: classificação X diagnóstico**

O método clínico, como outros métodos, está relacionado com a ciência da época. Como foi visto no primeiro capítulo, o empirismo, ciência que se iniciou no século XIX, determinava o olhar para as coisas e para o mundo. No que diz respeito à linguagem, as palavras passam a substituir os objetos da mesma maneira como eles se apresentam ao mundo. Essa forma de conhecimento, que se dá dentro dos limites do observável, influenciou a ciência de um modo geral e o método clínico em particular.

É pelo método clínico que os diagnósticos e as classificações são determinadas, segundo seus pressupostos de patologia: os critérios de busca, as hipóteses levantadas e os procedimentos de análises dos fenômenos. Conforme o conceito que se tem sobre patologia, ela pode ser considerada tanto como um desvio no funcionamento do indivíduo, um desvio de normas, como uma maneira de o indivíduo criar outros caminhos (outras normas) para superar os efeitos danosos que a enfermidade lhe causou. São maneiras distintas de se olhar para um fenômeno tão bem descritas por Canguilhem(1995).

Mas, afinal de contas, a quem e para quê serviria um diagnóstico? Em “A querela dos diagnósticos”, de J.Lacan e colaboradores (1986/1989), Zarifian pondera sobre a existência controversa dos diagnósticos: “o diagnóstico no meio hospitalar permite comunicar acerca do doente, é o caso de uma aproximação descrita *hic et nunc* (aqui e agora)...O diagnóstico fica sendo uma etiqueta com a qual o doente é definitivamente marcado” (*op.cit.*,45). Há também casos em que o médico não tem necessidade de se comunicar com outros colegas e não lhe interessa a qualificação; existe para este tipo de diagnóstico uma maneira bastante pessoal e intransferível de se classificar o paciente. Um outro exemplo de diagnóstico é comparar pacientes entre si, a fim de agrupá-los pelas semelhanças. A avaliação neste caso é estatística, apagando as diferenças individuais. A conclusão a que Zarifian chega neste seu artigo é a de que os diagnósticos vão variar conforme a abordagem utilizada e o objetivo procurado. Porém, alerta para o fato de que um dos perigos dos diagnósticos reside na ausência da diversidade de cada sujeito e no emprego das mesmas palavras para envolver conceitos diferentes.

Já Kammer & Wartel (1986/1989) acreditam que as categorias nosográficas são úteis para uma primeira abordagem do paciente, porém, “a dinâmica da personalidade do paciente e de suas expressões patológicas é susceptível de evolução, podendo sair das demarcações nosográficas às quais o paciente correspondia primeiramente. O interesse do terapeuta não é ficar amarrado ao diagnóstico, mas à personalidade original e singular do paciente, de certo modo examinado sob grande aumento” (*op.cit.*, 27).

Dessa maneira, um diagnóstico poderia, então, ser entendido como uma forma de estabelecer o seu distanciamento a que se considera “estar dentro da normalidade”. No entanto, isso não nos permite estabelecer uma fronteira entre o normal e o patológico e nem o que é idêntico na sua essência, salvo, como aponta Canguilhem, quanto às variações quantitativas. Ainda segundo esse autor, existe uma relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore o limite totalmente impreciso entre o que é normal e o que é patológico.

Assim, a prática herdada do século XIX – e que faz parte da história natural, da nominalização do visível (pois, para esta época, ver (observar) é tido como objeto do saber) – muitas vezes é uma prática que ainda perdura mesmo na ciência contemporânea que corresponde à ciência do século XX. Para a ciência contemporânea, os princípios, os métodos, os conceitos e os resultados podem ser questionáveis, diferentemente do que se pensava na ciência dos séculos anteriores, que tinham como pressuposto básico, a explicação e a representação da realidade como uma espécie de raio X da realidade. Para a ciência moderna, não basta, apenas, contemplar a realidade, mas atuar sobre ela, (Chauí, 2005). Como apontam Roland & Jamouille (1996), a ciência contemporânea tem como objeto de estudo não mais o homem como objeto, mas integrado a uma parte de um “pragmatismo científico”. Ou seja, para esse paradigma, a ciência aparece como uma teoria como se ela fosse uma máquina e o cientista moderno o seu engenheiro. A tecnologia passa a ser fundamental para a ciência contemporânea, pois nela está contido um saber teórico que se aplica praticamente. Dessa maneira, seu objeto de estudo será o homem além do objeto científico, ou seja, segundo esses autores, esse objeto científico é “construído” através da experimentação, que percebe, sob os fenômenos ou em relação aos elementos isolados, as suas formas de relações e não mais à pureza não modificável das essências. Mas, não é isso que geralmente se encontra nos meios hospitalares, na argumentação desses autores. Nas palavras dos autores:

“O modelo médico atual, o qual faz parte do paradigma do século XX, é o de “hospitalocentrismo”, ou seja, o mesmo encontrado no século passado: cartesianismo, racionalismo, positivismo, nominalismo, reducionismo, visão e descrição...provavelmente em razão dos grandes êxitos dos produtos de paradigmas antigos, obscurantistas e teocêntricos da Idade Média. (ibid:4)<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> “Mais notre modèle médical prééminent, paradigme dominant du 20e siècle, concrétisé par l’hospitalocentrisme, est encore celui des siècles passés: cartésianisme, rationalisme, linéarité causale, mécanisme, positivisme, réductionnisme, vision et description... probablement en raison des grands succès de celui-ci par report à l’ancien paradigme obscurantiste et théocentrique du Moyen-Age.

A partir desse ponto de vista, o que assinalam é que a clínica, na qual eles se encaixam, é aquela que constitui um modelo heurístico do normal, graças à dissociação que o estado patológico permite experimentar, segundo os pressupostos de Canguilhem. Estes autores partem da premissa de que a patologia revela a estrutura ou a problemática humana normal. Assim, para a afasia em questão, as palavras alteradas não são aleatórias, elas têm uma coerência que revela um princípio de análise ainda possível, mesmo que elas ainda apresentem uma alteração na expressão da linguagem. O que estes autores tentam apontar é o que está implícito no funcionamento patológico.

Vemos, então, que os pressupostos teóricos utilizados por Roland & Jamouille (1996) são semelhantes aos de Canguilhem: um diagnóstico extraído de uma avaliação quantitativa pode deixar de lado informações fundamentais para o entendimento sobre o funcionamento normal do indivíduo analisado. Porém, como pudemos ver no capítulo anterior, por meio dos vários tipos de classificações das afasias apresentadas por Rondal & Seron (2000), o que ainda vamos encontrar em relação ao modo de lidar com o diagnóstico no século XXI, é o modelo que herdamos dos séculos passados: a correlação anátomo-clínica e sintoma lingüístico.

Para este trabalho, o sintoma tido como patológico não pode ser visto como algo isolado do funcionamento como um todo, para melhor circunscrever-se em sua verdadeira natureza, mas como algo que diz respeito ao funcionamento normal da linguagem. Assim, o patológico deve ser estudado através de modelos elaborados no campo da Lingüística, da Neuropsicologia e da Neurociência, pois linguagem, cognição e cérebro funcionam como um sistema funcional complexo flexível, aberto (ou seja, não são biologicamente pré-determinados). É importante salientar que muitas vezes os sintomas tidos como patológicos, encontrados em sujeitos afásicos, também podem ser encontrados em sujeitos “normais” sob efeito do cansaço ou de estados emocionais intensos (Morato,2000). É interessante apontar, também, ainda segundo Morato (*ibid*) vários fatos lingüísticos caracterizados como “mórbidos” em função de uma concepção normativa de cognição e de linguagem - como as digressões, os circunlóquios, as confabulações, os lapsos, as repetições, as

anomias, as hesitações, os mal entendidos, os enunciados incompletos, o neologismo, as infrações de regras pragmáticas que norteiam o uso da linguagem - também fazem parte do uso normal da linguagem, porém estes fatos acabam surgindo como “sintomas” em diferentes quadros de patologias de linguagem, especialmente da afasia. Vejamos, então, segundo Morato (2000:71), quais seriam os motivos para o surgimento das “significações intoleráveis”:

- a idéia da comunicação como sendo função primordial da linguagem.
- a idéia de que somos instados inevitavelmente à comunicação em virtude de um princípio natural de cooperação entre os homens.
- a idéia de que a linguagem é uma espécie de instrumento (quase que perfeito!) de acesso aos nossos processos cognitivos internos (como a memória ou a percepção), aparentemente inacessíveis ao investigador.

Assim, no estudo das classificações das afasias, por ser um fenômeno relacional que envolve uma teoria de cérebro, de linguagem e de cognição, sendo elas compatíveis entre si, o método clínico não se pode limitar apenas a um desses fenômenos, mas é no conjunto deles que se chegará mais próximo de uma semiologia das afasias que leve em consideração a interação cérebro X linguagem X cognição.

### **3.2.3- A concepção normativa e estruturalista que subjaz ao testes avaliativos**

Os testes de avaliação de linguagem, em sua maioria, são testes baseados numa visão estruturalista e normativa de linguagem. Como conseqüência, eles não permitem analisar questões de linguagem que ultrapassem a noção de língua. As construções do sentido, os aspectos subjetivos e heterogêneos da linguagem, geralmente ficam de fora dessa análise. É por esse motivo que pretendemos expor um caso de síndrome

frontal leve<sup>(25)</sup> como sendo uma entidade nosológica não descrita na constelação semiológica que compõe tradicionalmente as classificações das afasias, porque são afasias que, por estarem no limiar entre o normal e o patológico, não apresentam uma sintomatologia tão “evidente” e, por esse motivo, muitas vezes deixam de ser consideradas como um problema de linguagem.

A título de esclarecimento, o termo “leve” foi utilizado na minha Dissertação de Mestrado por seguir a classificação tradicional, porém não se pode deixar de perguntar a quem está se referindo o termo leve (*mild*). Ao sistema lingüístico, quando comparado aos casos severos com um sistema lingüístico mais comprometido? Àquilo que não está visível e portanto precisaria ter uma leitura evidente para o olhar dos clínicos? À extensão da lesão?

Não podemos deixar de salientar que os sujeitos diagnosticados neuropsicologicamente como casos “leves” apresentam comprometimento no uso da linguagem, como os casos severos, deixando de exercer, também, com toda a pontencialidade suas atividades lingüísticas. Dessa maneira, o termo “leve”, para o sujeito afásico, não ameniza o efeito devastador que essa enfermidade ou acidente causou em sua linguagem.

Uma outra questão relacionada com o termo leve vai de acordo com as idéias de Canguilhem (1995). O autor afirma que tanto a patologia como a normalidade não são dois modos essencialmente distintos que mantêm princípios distintos, como pensavam os antigos médicos. Segundo este autor, o que vai variar é a diferença de **grau**: a exageração, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais é que constituem o estado doentio; a doença não faz surgir uma mudança completa de cena, nem produtos novos e especiais. É em relação a esse **grau** de severidade que o termo “leve” ganha sentido; além disso, há um comprometimento com a noção de língua como um fenômeno homogêneo, examinada independentemente de suas condições de produção.

---

<sup>25</sup> É importante salientar que os exemplos citados ao longo deste trabalho foram extraídos tal como as transcrições aparecem nos trabalhos mencionados.

Vejamos, então, alguns pontos em que a síndrome frontal (leve) coloca em risco a classificação das afasias, quando vista através de uma outra concepção de linguagem, que não a estruturalista:

- a partir de uma teoria de linguagem discursivamente orientada, os sintomas, que antes eram julgados como sendo relativos ao comportamento – dificuldade em selecionar, programar e controlar sua conduta – são sintomas que também podem ser interpretados como sendo do âmbito da linguagem e compatíveis com um quadro de afasia.
- a introdução do componente enunciativo para o entendimento dos sintomas lingüísticos trouxe um “olhar” mais apurado para as alterações pragmáticas da linguagem.

A fim de discutir e explicitar aspectos pragmáticos (portanto, também lingüísticos) da Síndrome Frontal leve servimo-nos de um episódio terapêutico retirado de minha Dissertação de Mestrado sobre o estudo longitudinal do caso R. De acordo com o diagnóstico neuropsicológico, o sujeito R é portador de uma “Síndrome Frontal leve” decorrente de uma lesão na parte anterior do hemisfério esquerdo do lobo frontal. Nesse trabalho, foi possível concluir que os sintomas apresentados pelos estudiosos como fazendo parte do quadro semiológico da síndrome frontal - dificuldade de selecionar, programar e controlar sua conduta - também apareciam no trabalho lingüístico deficitário que ele exercia, ao assumir uma teoria de linguagem que abrange questões enunciativo-discursivas. Dessa maneira, pude interpretar seus “sintomas” como compatíveis com um quadro de afasia pragmática, já que do ponto de vista lingüístico, havia alterações relativas a essa dimensão social da linguagem.

No acompanhamento longitudinal desse caso, o que mais saltava aos olhos era a sua dificuldade em lidar com algumas propriedades discursivas, o que repercutiu na organização textual. Isto acontecia, muitas vezes, por não usar determinados recursos expressivos, tais como: os elementos inferenciais

demandados no texto, os elementos coesivos e referenciais, a relevância tópica da proposta conversacional. Além disso, a heterogeneidade enunciativa representava um grande problema para o trabalho interpretativo de R. Vejamos como isso se dava em um contexto em que R deveria recontar uma piada contada por mim<sup>26</sup>:

INV.: A professora pergunta para o Joãozinho:

- Qual é o tempo verbal em : "A mulher comprou", Joãozinho?
- Passado, professora!
- Muito bem! Agora me diga qual é o tempo de: "Papai tem dinheiro".

O João pensa um pouco e responde:

- Primeira semana do mês.

Depois de escutar a piada, R começou a explicá-la, como sempre fazia antes de iniciar a recontagem.

INV.: Me conta a piada, você me explicou, agora conta.

R.: Bom, complicado. Então, na classe um aluno e a professora, então fez umas perguntas, a primeira delas: em português é.: "Mãe comprou aquele chapéu. Que tempo de verbo Joãozinho?"

E o Joãozinho respondeu:

- Passado.
- Muito bem. Daí, a segunda pergunta que ela fez é: "Que tempo que ela vai acontecer para que ela use este presente".

INV.: (faz cara de espanto)

R.: (ri) Melei! Eu não me lembrava.

INV.: que tempo...

R.: Dá o sentido da piada: "que tempo que vai acontecer que ela vai usar este chapéu, que ela comprou. O tempo que o menino entendeu

---

<sup>26</sup> Apenas a título de explicação, esse procedimento, recontar uma piada, aconteceu numa situação de avaliação, pois uma das dificuldades linguísticas de R era a não apreensão do efeito de humor, exatamente por falhar naquilo que estava implícito na língua. Assim, apesar de ele saber que eu já conhecia a piada e, por isso, algumas passagens poderiam ser omitidas, a proposta deste procedimento era revelar onde estava o seu déficit.

na segunda oportunidade é que tempo recebe dinheiro, para poder comprar, o que o pai recebe.

INV.: Não, R, começa tudo outra vez. A professora , na aula de português chama o Joãozinho.

R.: Aí fez duas perguntas, a primeira delas.

INV.: Pergunta sobre o que é importante falar nesta piada.

R.: (silêncio)

INV.: Joãozinho, agora eu vou te fazer uma pergunta sobre?

R.: Tempo verbal.

INV.: Tempo verbal. A primeira delas...

R.: (silêncio)

INV.: Qual é o tempo da frase...

R.: Da seguinte frase: "Mamãe comprou verduras na feira e o Joãozinho respondeu: passado". E a segunda pergunta é..., preciso inventar.

INV.: Tá, tudo bem, então inventa. A primeira foi uma frase no passado. A segunda?

R.: A piada inventando um tempo, num sentido diferente. É, o problema é esse, inventar uma frase relacionada com o tempo, sem que a piada não tenha nada a ver com a resposta, que ele...que Joãozinho respondeu, como exatamente, como o pai, quanto o pai ganha, o salário para a mãe poder comprar a feira , essas coisas, que ele falou dia 10 e a piada queria dizer outras coisas. Tempo, sei lá que tempo que está se referindo, mas é diferente deste tempo que ela está querendo dizer, que é o tempo que o pai recebe o dinheiro para a mãe poder comprar. Não me lembro exatamente.

INV.: Que frase?

R.: O tempo da segunda pergunta?

INV.: Muito bem, agora me diga ,qual é o tempo desta frase: "Papai tem dinheiro".

R.: Presente.

INV.: Então, Joãozinho respondeu: primeira semana do mês.

R.: É, ele entendeu essa palavra como uma afirmação, como se a professora tivesse feito uma afirmação.

A dificuldade de entendimento desta piada por parte de R, parece estar ligada aos elementos implícitos constitutivos da língua. Há uma relação que R não conseguiu inferir de tempo: dinheiro com primeira semana do mês (tempo verbal/tempo cronológico). Em vez disso, elabora um sentido intruso, mas possível, de tempo, sendo ele agora, físico. Vejamos como foi o caminho que R traçou, para tentar alcançar o sentido humorístico da piada.

R, ao re-contar a piada e percebendo que havia falhado (ao dizer: "*que tempo que vai acontecer que ela vai usar este chapéu, que ela comprou...*"), apresenta dois movimentos: um que o distancia do sentido da piada (conforme o enunciado anterior) e outro que o aproxima do sentido proposto: "*O tempo que o menino entendeu na segunda oportunidade é que tempo recebe dinheiro...*". Já na sua segunda tentativa de re-contagem R, por saber que não é qualquer tipo de pergunta que é para ser dita, passa a elaborar vários comentários digressivos - tanto sobre a pergunta que a professora fez, como para a resposta que o Joãozinho deu - que vão aproximando do sentido. Vai repassando os sentidos possíveis de tempo, até relacioná-lo com salário e dinheiro. Logo no início de sua re-contagem, R já havia percebido que a resposta da segunda pergunta, feita pela professora ("papai tem dinheiro"), não foi respondida em cima do tempo verbal, mas sobre um outro sentido de tempo, no caso da piada, o cronológico. Porém, há uma relação que R não pegou entre estes dois tipos possíveis de tempo: verbal e físico - relação esta que diz respeito aos subsistemas de referência: verbal, físico e cronológico. É apenas no uso efetivo da linguagem que uma ou mais dessas relações podem ser pressupostas e é nisto que R falha. Falha, não no que diz respeito especificamente ao lingüístico - aqui poderia estar me referindo à metalinguagem- como, também, especificamente ao mental (a linguagem interna), mas naquilo que coloca o lingüístico e o mental em relação, ou seja, a reflexividade de linguagem está comprometida no que diz respeito ao caráter pragmático da linguagem.

O caso exposto acima vai de acordo com um método clínico que está baseado em uma teoria de linguagem, a enunciativo-discursiva, que promove um outro olhar para os fenômenos lingüísticos, interpretando-os de modo distinto das explicações tradicionais dadas anteriormente.

Vimos até agora que o método científico é o que direciona na resolução de problemas por meio de hipóteses que podem ser testadas através das observações. Ele prevê “problemas e obstáculos” cabendo ao cientista resolvê-los. Para isso, o cientista, entre as observações possíveis, pressupõe um critério de escolha para aquelas que supostamente sejam relevantes para a resolução do problema. “Isto quer dizer que a observação, a coleta de dados e as experiências são feitas de acordo com determinados interesses e segundo certas expectativas ou idéias preconcebidas” (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder 2002:4). Vejamos uma comparação dada pelos autores para exemplificar o que foi dito acima:

“Quando um médico examina um paciente, por exemplo, ele realiza certas observações específicas, guiadas por certos problemas, teorias e hipóteses. Sem essas idéias, número de observações possíveis seria praticamente infinito: ele poderia observar a cor de cada peça de roupa do paciente, contar o número de fios de cabelo, perguntar o nome de todos os seus parentes e assim por diante. Em vez disso, em função do problema que o paciente apresenta (a garganta dói, o paciente escuta zumbido o ouvido etc) e de acordo com as teorias da fisiologia e patologia humana, o médico irá concentrar sua investigação em certas observações e exames específicos”.(ibid:4)

O que os autores pretendem mostrar é que o investigador, no caso o médico-cientista, já tem a expectativa de encontrar um problema, e esse problema é que vai estimular a sua atenção, a sua curiosidade e o seu raciocínio em direção à explicação (desse problema), baseado numa determinada teoria, ou podendo, também, modificá-lo nas explicações tradicionais, quando essa teoria deixar de funcionar na resolução do problema, pois, é no amparo da teoria que podemos explicar e deduzir leis que descrevem regularidades, que prevêm fenômenos e que resolvem problemas.

No caso do exemplo citado acima, se esse paciente chegasse com a queixa de dor de cabeça, uma das hipóteses (conjecturas ou palpites

provisórios) levantadas pelo médico poderia ser uma infecção. Para testar esta hipótese, o médico analisaria se o paciente apresenta febre, como, também, lhe pediria exames laboratoriais para verificar a presença de bactérias. Segundo Alves-Mazzotti & Gewandszajder (2002), são previsões feitas a partir de uma hipótese inicial que ao serem testadas, tanto podem fortalecer a hipótese inicial (infecção), como refutá-la. É na refutabilidade, segundo os autores, que a teoria e suas leis, que estão abertas a ela, garantem o progresso do conhecimento, pois quanto mais as leis forem gerais, aumentando o risco de refutações e ampliando seu conteúdo informativo, mais chance temos de aprender com a teoria.

O exemplo colocado acima faz parte do método clínico utilizado por aquele médico e é constituído das seguintes fases: observação de um fato, formulação de um problema, proposição de uma hipótese, idealização de uma experiência (quantitativa ou qualitativamente) para confirmar ou refutar sua hipótese, análise do resultado e conclusão através de uma classificação.

Um dos métodos clínicos amplamente aplicados nas atividades clínicas para se chegar às classificações das afasias são os testes avaliativos. Inicialmente, foi a concepção estruturalista da linguagem que conduziu os estudos afasiológicos, tendo como linha mestra as dicotomias clássicas: língua e fala; expressão e compreensão; codificação e decodificação; anterior e posterior; motor e sensorial; fluente e não-fluente. Vale a pena lembrar que a avaliação de linguagem, que também tem como pressuposto teórico o estruturalismo, se realiza pela proposição de tarefas em procedimentos fechados. Geralmente, as tarefas propostas são descontextualizadas: simulam situações artificiais e os sujeitos cumprem, na medida do possível, o que lhes foi solicitado. Por outro lado, essas tarefas fazem uso abusivo da atividade metalingüística, desvinculada do funcionamento pragmático-discursivo da linguagem, observando apenas os aspectos formais, gramaticais e nocionais da linguagem, como bem assinalou Coudry (1988). Segundo essa autora, os testes, tanto neuropsicológicos como neurolingüísticos, quando utilizados para avaliar a linguagem, se utilizam apenas dos aspectos metalingüísticos, tais como repetir, nomear, classificar, memorizar, descrever, enfim testam apenas

um certo conhecimento a respeito da linguagem, tendo como base uma concepção de língua como um código fechado, pronto, imutável, cuja pertinência é decidir sobre erros e acertos para um determinado uso (*ibid*, 1988).

Além disto, a situação de teste é uma situação artificial, em que o examinador cria uma situação não usual para o exercício da linguagem, tendo o sujeito afásico que se haver com um certo uso da linguagem ao qual não está acostumado. A falta de sentido destas tarefas para o sujeito é, na maioria das vezes, o motivo de seu insucesso, além de deixar de fora, pela própria concepção de linguagem que o fundamenta, questões pragmáticas e discursivas extremamente complexas:

“Fica evidente que esses tipos de tarefas (nomear, definir, listar, repetir, etc.) excluem o interlocutor da situação de interlocução; esta é construída do ponto de vista do locutor-examinador, mesmo que sob a aparência de um pedido para que o afásico fale.” (Coudry, 1988: 11)

Muitos afasiologistas justificam este procedimento de testagem, a falta de contextualização, como uma maneira de tornar os sintomas mais evidentes, propiciando, assim, um diagnóstico mais seguro. Vejamos o que Coudry diz a esse respeito:

“O problema está em que tais procedimentos não permitem uma relação eficaz entre diagnóstico e prática terapêutica: a classificação tipológica não evidencia os processos envolvidos nas dificuldades do afásico e não fornece instrumentos para abordá-los na reconstrução de sua linguagem. Mais do que isso, a falta de uma perspectiva discursiva não revela aspectos importantes dessas dificuldades que não são observáveis nos resultados verbais no teste.” (Coudry, 1988: 15)

A partir do momento em que a Neurolingüística passa a se situar especialmente na Lingüística, muitas pesquisas e novos interesses vão surgindo com o avanço desta ciência. Assim, a Neurolingüística deixa de ser

um estudo meramente localizacionista, que associa zonas anatômicas do cérebro com modalidades da linguagem patológica, provendo a Lingüística de condições de manter discurso e cognição em relação estreita. Além disso, novos fatos certamente são descritos e antigos problemas da antiga Afasiologia passam a ser mais bem explicitados.

### **3.2.4- Uma relação não dicotômica entre linguagem e metalinguagem**

Como vimos acima, a metalinguagem parece ser, então, o grande foco de críticas quanto ao fato de estar apartada do uso da linguagem em situações de testagem. Essa era a concepção de metalinguagem que vigorava, principalmente nas reflexões feitas por Jakobson, nos meados do século XX. Para ele, falar a língua implica saber falar sobre a língua, pois o conhecimento da língua é uma questão metalingüística (Busato,2001). Há uma diferenciação vinda da tradição filosófica – na Lógica moderna – entre dois níveis de linguagem: linguagem-objeto (relacionada ao uso), que fala dos objetos, e metalinguagem (relacionada à menção), que fala da própria linguagem e que desempenha, segundo Jakobson (1960/1981), um papel importante para a linguagem cotidiana, pois é quando os usuários da língua recebem informação a respeito do código lexical. Estas operações metalingüísticas, como perguntar, nomear, dizer o significado de uma palavra, etc., fazem parte tanto do processo de aquisição da linguagem, como do seu funcionamento normal. No caso da afasia, segundo Jakobson, há uma carência em operar metalingüisticamente. É a capacidade reflexiva da linguagem que permite que se fale sobre ela, tanto no que diz respeito ao seu uso como de sua estrutura. Assim, ao dizer “a palavra gato tem duas sílabas” nada se está querendo dizer sobre o conceito de gato, nem do animal gato, mas de uma certa categoria lingüística. Vejamos como isso é dito por Busato (2001):

“Jakobson caracteriza a função metalingüística destacando-a como o momento em que o discurso se centra no código, para que o emissor e/ou receptor se certifiquem de que estão se compreendendo. Esta discussão é centralizada na “comunicação” metalingüística, isto é, nas

operações tanto de ida ao código quanto de contato com a mensagem, realizadas pelos falantes em situações de uso ordinário da linguagem”. (op.cit:40)

É neste sentido que para Jakobson a afasia pode ser definida como a perda da capacidade de realizar operações metalingüísticas – o afásico perde capacidade de refletir sobre a linguagem. Segundo Carnap<sup>27</sup>, “para falar sobre qualquer linguagem-objeto, precisamos de uma metalinguagem”(Jakobson 1954/1981:46). Segundo este autor (1978)<sup>28</sup>, em 1875, estudiosos já refletiam a respeito do papel ativo da metalinguagem e o constante fluxo entre a consciência e o inconsciente, pois para eles, a consciência e a vontade humana exerceriam apenas uma pequena influência no desenvolvimento da linguagem. Jakobson, neste seu texto, entende que a operação entre atividades conscientes e inconscientes na linguagem está ligada à função metalingüística. Quanto à metalinguagem, vejamos como Morato trata esta questão:

“...no campo dos estudos neuropsicológicos e neurolingüísticos é forte ainda o entendimento de que nas patologias neuropsicológicas (cerebrais, cognitivas) se encontram – senão a língua enquanto sistema abstrato – os processos lógico-perceptivos (isto é, não lingüísticos) responsáveis pela identificação e controle da referência. Nessa perspectiva, o que estaria perdido ou alterado nas patologias lingüístico-cognitivas seria o caráter metalingüístico e referencial da linguagem, a capacidade que a linguagem teria de representar ou autorizar as representações lógico-perceptivas do mundo. De uma só vez, reduz-se aí a metalinguagem às operações metalingüísticas, e o componente “meta” a uma ordem da qual se exclui a linguagem e processos afeitos a ela”.(op.cit 2001:6)

Esta citação ressalta o quanto a linguagem, no campo da neuropsicologia e da neurolingüística, ainda está sendo focada no seu conteúdo metalingüístico. É uma maneira reduzida de análise e, conseqüentemente, de entendimento sobre os fatos de linguagem, que extrapolam o sistema lingüístico.

---

<sup>27</sup> R.Carnap, *Meaning and Necessity* (Chicago,1947),p4.

<sup>28</sup> “El marco del lenguaje”. México. Ed: Fundo de cultura econômica, 1978/1988

Quanto ao caráter metalingüístico dos teste, Lebrun (1981) já apontava que as baterias divergem muito pouco umas das outras, porém o que o autor destaca como mais preocupante desse método, é que os testes padronizados podem induzir a erros, apontando mais para o tipo de classificação que para a fisiopatologia da falha da linguagem. Nas palavras do autor:

“Em geral, os testes permitem ao examinador pouco mais do que classificar os afásicos de acordo com a sua taxonomia preferida. Isto significa dizer que os escores dos testes de afasias convencionais podem freqüentemente ser interpretados de diferentes maneiras e podem levar a divergentes tipologias da síndrome afásica.(Lebrun, 1983:98)

O que é interessante perceber é que as baterias de diagnóstico das afasias, apesar de serem foco de críticas (Lebrun, 1981, Coudry, 1986/88, Novaes-Pinto, 1999), continuam em voga – porém, em distintas bases – como veremos no protocolo de perguntas aplicado aos profissionais da área, na qual se discute a questão da classificação das afasias e suas práticas clínicas nos dias de hoje. Lá, veremos que sua utilidade não é apenas para classificar e assegurar o tipo de afasia que afeta o paciente, fazendo a correlação da lesão cerebral com sintoma lingüístico, mas saber qual é o tipo de distúrbio verbal. Quanto ao distúrbio verbal, a crítica que esses autores citados acima fazem aos testes, como já foi mencionado anteriormente, diz respeito basicamente a sua predileção pelas operações metalingüísticas e tarefas descontextualizadas, descartando o processo interativo, ou seja, as condições de uso. Lebrun (1981) dá como exemplo o caso do professor Lordat que, em 1825, tornou-se gravemente afásico. Após seu acidente vascular cerebral, ele não conseguia responder às perguntas que seus amigos lhe faziam e, tampouco, seguir as ordens que lhe eram dirigidas com o intuito de testá-lo. Isso foi o suficiente para Lordat ser considerado um sujeito “acabado”. Porém, com o passar do tempo, depois de ter se recuperado, Lordat não pode deixar de repreender esses amigos, já que o diagnóstico que lhe foi dirigido não condizia com o que de fato lhe era atribuído. Segundo Lordat, embora ele conseguisse compreender as perguntas que lhe foram dirigidas, não lhe era possível respondê-las e, desta maneira, o diagnóstico recebido não condizia com seu

verdadeiro estado clínico. O que Lebrun comenta a respeito desse caso é que, embora o paciente muitas vezes não compreenda as ordens que os examinadores lhe fazem – seja pela falta de sentido do teste para o paciente, seja pela falta de interesse pelo assunto – ele é capaz de compreender, por exemplo, o que o médico fala sobre o seu prognóstico.

Neste sentido, muitas vezes o que os diagnósticos apontam não necessariamente correspondem ao que de fato está acontecendo com os sujeitos afásicos. O que muitas vezes é apontado é que naquele momento, numa determinada situação de testagem, sendo o sujeito afásico submetido a situações quanto ao uso bastante artificial da linguagem, sua reação a tal situação pode estar relacionada, muito mais a essa artificialidade da situação de testagem – já que muitas vezes é a língua que está sendo avaliada - do que a uma inabilidade específica ao uso da linguagem.

Cruz (2004), em seu estudo sobre as relações entre linguagem e memória e outros processos cognitivos, também critica a maneira pela qual os processos mnêmicos são classificados através de testes-padrão. Vejamos o que diz a autora:

“O sujeito, ao ser consultado ou analisado em teste, defronta-se com um esquema de perguntas que dificilmente lhe permite estruturar seu discurso sobre o estado em que se encontra e selecionar aquilo que julga relevante em sua expressão da queixa. Em se tratando de investigações que procuram dar conta de alterações de linguagem e de memória, a questão parece tornar-se mais problemática ao constatarmos que as instâncias de subjetividade e reflexão próprias do ato de linguagem são ignoradas. O que deve ser dito pelo sujeito está previamente delimitado pelas interrogações clínicas. A possibilidade de as respostas dadas pelo paciente não corresponderem ao esperado pelo médico não perturba o diagnóstico, apenas o confirma”. (ibid:75)

Vemos, então, que é pela linguagem que se observam as alterações da ordem da memória. A linguagem passa a ser um instrumento de acesso aos conteúdos mnêmicos e, também, um meio pelo qual o sujeito submetido aos testes manifesta sua dificuldade. Mais uma vez, o que a autora pretende mostrar é que não podemos descartar o conteúdo enunciativo-discursivo que

está presente nessa relação de reciprocidade entre os dois processos: o da memória e o da linguagem, pois, sem uma reflexão desse conteúdo enunciativo-discursivo - e não apenas a análise dos conteúdos metalingüísticos - a rede de significações e suas vias explicativas em torno da memória e da linguagem não seriam alcançadas.

Entre os autores que criticam tanto a maneira de se avaliar a linguagem, como as classificações das afasias estão Lesser e Mylroy (1993), pois muitos esforços já foram feitos para tentar agrupar os indivíduos afásicos em grupos sindrômicos, mas o que se percebe, segundo elas, são inadequações devidas à maneira e à forma em que se deu esse agrupamento. O que as autoras relatam é que os pacientes acabavam sendo agrupados em síndromes as quais tinham base nos sintomas comportamentais e não lingüísticos/conversacionais, que são os modelos utilizados pelas autoras. Essas síndromes, segundo elas, refletem uma diversidade de sintomas e, por isso, não é possível colocá-los numa mesma categoria.

Na literatura afasiológica esse procedimento, o de classificar segundo os padrões comportamentais, é bastante comum, já que ela é influenciada pela classificação neurológica das afasias, a qual não identifica clinicamente os modelos conversacionais.

Através do modelo psicolingüístico - sem que com isso se descartem aspectos pragmáticos, discursivos, sociolingüísticos da linguagem - Lesser e Mylroy (1993) tentam entender as dificuldades afásicas apresentadas pelos sujeitos afásicos, tanto no que diz respeito à emissão, como à compreensão, através de um modelo que se baseia em "erros" que os sujeitos não afásicos cometem, extraídos da linguagem cotidiana. Porém, ao mesmo tempo que estas autoras se utilizam de uma abordagem pragmática da linguagem, elas ainda se mantêm numa visão mentalista da afasia. Parece-nos, então, que a conduta clínica, que implica em um método clínico, para alguns autores, pode estar apartada de uma semiologia que seja coerente com a da afasia e a da linguagem em funcionamento.

Assim, a lingüística tem uma importante contribuição a dar para a afasiologia na medida em que permite generalizar criteriosamente

propriedades abstratas da linguagem, além de oferecer uma coerente descrição desta. Outro fator também importante para o reconhecimento dos sintomas lingüísticos é considerar a grande variedade lingüística que os falantes normalmente apresentam em suas falas, como tão bem aponta a sociolingüística e pesquisas interacionais. Além disso, Lesser e Mylroy (1993) argumentam sobre a necessidade de se ter uma concepção de linguagem clara de normalidade nos estudos e nas pesquisas sobre a afasia.

O que se percebe como objeto de análise investigado para estas outras abordagens lingüísticas – como foi possível verificar em Lesser e Mylroy (1993) - é uma descrição mais apurada dos fatos lingüísticos, possibilitando, assim, o questionamento não só das antigas formas lingüísticas de análise, ou seja, as afasias como uma patologia que perturba a metalinguagem, como também os termos pelos quais ela se manteve até os dias de hoje.

### **3.2.5- Os processos semiológicos (verbais e não verbais) co-ocorrentes de comunicação**

Existem vários fatores – teóricos, semiológicos, epistemológicos - que podem determinar a ocorrência de procedimentos lingüísticos que fogem daqueles descritos na literatura das afasias. Sobre estes fatores que colocam em xeque algumas entidades nosológicas é que iremos tratar, mais especificamente, sobre o agramatismo, a apraxia da fala e o automatismo. Além disso, discutiremos, também, os processos alternativos de comunicação/significação, como estratégia de adaptação da qual o sujeito se utiliza para se manter dentro de uma situação dialógica.

No trabalho de Novaes-Pinto, a autora discute se o problema do agramatismo (segundo a visão clássica das afasias: um distúrbio sintático que afeta a linguagem do sujeito afásico) consiste em um distúrbio isolado de produção, ou se envolve também problemas de compreensão da linguagem. Além disto, discute se o agramatismo atinge apenas um nível lingüístico ou se repercute nos outros níveis que constituem a língua - como o fonético, o fonológico, o semântico e o pragmático. Segundo a autora, são as questões

teórico-metodológicas utilizadas nos estudos neurolingüísticos que influenciam as classificações das afasias. No entanto, os aspectos subjetivos, interativos e socioculturais, muitas vezes evidenciados nos resultados obtidos com a aplicação de teste de julgamento de gramaticalidade, vêm demonstrar que as questões apresentadas pelos sujeitos afásicos muitas vezes extrapolam os limites da análise lingüística, quando esta não leva em consideração as forças exteriores que a constituem e a mobilizam. Vejamos um exemplo retirado de sua dissertação de mestrado e retomado em sua tese de doutorado (*ibid*:114) para melhor apontar o que foi dito:

Ir<sup>n</sup><sup>29</sup>: O piloto parecia o passageiro estar muito cansado

P: Ruim

Ir<sup>n</sup>: Por quê, Sr. P, é ruim?

P: Cansado...não pode, né?

Ir<sup>n</sup>: O piloto não pode estar cansado?

P: Passageiro pode...piloto não pode.

É interessante ver, neste exemplo, que P. de fato não está julgando a gramaticalidade da sentença, mas fazendo um juízo de valor, levando a autora a crer que, devido às dificuldades sintáticas apresentadas pelo sujeito, ele acaba se apoiando em critérios semânticos e pragmáticos que, por sua vez, são desconsiderados numa situação de testagem clássica das afasias.

Já o trabalho de Freitas (1997) discute a confusão terminológico-conceitual do quadro denominado “apraxia da fala”, argumentando que este se refere a um “legítimo problema lingüístico” de nível fonético (*op.cit*). A autora demonstra que um dos casos analisados por ela, o sujeito EV, que não pertence ao grupo das afasias motoras, pois trata-se de uma afasia posterior, também apresenta problemas fonológicos e articulatorios, os quais não estão previstos na semiologia das afasias.

Há também dois outros casos analisados por Freitas, o sujeito EF e o sujeito CF; ambos apresentam uma apraxia buco-facial. A diferença entre eles

---

<sup>29</sup> Ir<sup>n</sup> – Investigadora Rosana Novaes.

é que o primeiro apresenta um problema (leve) na ativação da representação fonético-fonológica das palavras, provocando parafasias fonológicas, tais como: “ceolho” por “coelho”, “perdifia” por “perfídia”. Porém, sua maior dificuldade encontra-se na implementação fonética, gerando [pəw.tsu.,go] por “pêssego”, [’ bi.ða] por “birra”, podendo a autora concluir que a afasia que caracteriza este quadro é aquela que afeta os níveis fonético e fonológico na composição lexical da linguagem (Freitas, op.cit). Já o segundo, CF, não apresenta segmentos que não pertencem ao inventário fonológico do português, como EF. Sua dificuldade maior é a falta de iniciativa verbal, sendo necessário o uso do *prompting* oral para conseguir dar início à sua fala. Além disso, o sujeito freqüentemente lança mão de estereótipos do tipo “eu preciso falar”, “Santa Maria”. Assim, o que Freitas demonstra é que o déficit (leve) de processamento, apresentado pelo sujeito CF, está na leitura do endereço fonológico, como se a informação dada, ou disponível, não fosse suficiente para atingir o alvo, acarretando parafasias verbais, como: “gelatina” para “geleia”, “gigolô” para “gelado”, etc.

A questão colocada por Freitas ao analisar esses dois casos, EF e CF, é que ambos foram classificados como portadores de afasia motora – o que poderia corresponder à afasia motora eferente, na classificação luriana - e EV, por apresentar uma afasia do tipo posterior, não poderia ser considerado portador de uma afasia motora, apesar de apresentar problemas dessa ordem, tais como abundantes parafasias. A concepção anátomo-clínica, a localizacionista, que leva em consideração o local da lesão em relação ao sintoma lingüístico, possui uma força tão grande que, mesmo o paciente tendo um sintoma lingüístico que não corresponda à lesão, ele acaba sendo negligenciado, para, assim, poder se ajustar à classificação dada para aquela lesão.

Para o presente trabalho, o que a tese de doutorado de Freitas traz como contribuição é o questionamento dos termos utilizados dentro de um quadro classificatório, no caso o de Luria, os quais não explicam o que de fato acontece com o funcionamento da linguagem. Assim, apraxia da fala – termo

---

reservado a um quadro de problemas práticos que só ocorrem na fala, mas que não precisa ser acompanhado de uma afasia, pois supostamente não apresenta dificuldade de compreensão – para Freitas é um “legítimo problema lingüístico, de nível fonético”(op.cit). Vejamos, resumidamente, como o trabalho de Freitas coloca em risco a classificação das afasias:

- a autora critica o termo apraxia da fala como algo isolado do lingüístico, ou seja, a apraxia da fala tem seu estatuto alterado quando se trata da seleção e da coordenação dos movimentos no para a constituição dos gestos da fala. Segundo a autora, essa seleção dos movimentos no âmbito da fala, é uma questão de nível fonético e não prático.
- Segundo a autora, na classificação das afasias que leva em conta a dicotomização da linguagem – língua/fala; competência/desempenho - há uma contraposição entre o motor e o lingüístico. Com isso, retira-se da linguagem o fonético, separando-o do fonológico. Portanto, conclui que “o componente motor é tão lingüístico quanto o sensorial pois juntos compõem os aspectos fonético-fonológicos da linguagem”. (Freitas, 1997:56)

Outra questão que também coloca em risco as classificações é a existência de processos alternativos de comunicação/significação levados a cabo pelo sujeito. Durante o processo de uma análise, o investigador tenta coletar evidências que implicam um problema primário específico, buscando relacionar a área lesada com a repercussão lingüística desta lesão, deixando de lado o envolvimento de outras questões lingüísticas que potencialmente também poderiam estar afetadas. A classificação não dá conta dos problemas que estão implícitos, simplesmente analisa os problemas aparentes. A título de exemplo, cito, novamente, o trabalho de Novaes-Pinto (1997) sobre agramatismo, em que a autora descreve um caso de um sujeito afásico, **JB**, que se “comporta” como um agramático como “estratégia de adaptação” para dar conta das dificuldades com o acesso fonológico e/ou lexical,

(ibid,1999:234) mantendo-se, assim, numa situação dialógica. É uma atividade alternativa utilizada pelo sujeito. Vejamos:

// O ator de teatro está desenvolvendo uma atividade em que os sujeitos vão apresentar personagens que escolheram. **JB** vai representar o “Zorro” e, antes, descreve a cena na qual o episódio se passa//:

1. **JB:** Bom, é ...a festa...meninos...//pede para o investigador se sentar perto dele//  
Meninos...meninos...(faz gesto de cabelos longos)...calça...
2. **LC:** vestido de cowboys?// outro sujeito do grupo//
3. **JB:** não...
4. Ij: mexicanos?
5. **JB:** não... blusa, chinelo...
6. Ija: chinelo...blusa...blusa e chinelo?
7. LC:pobres
8. **JB:** pobres!
9. Ija: Pobres meninos? (...) Meninos pobres!
10. **JB:** Quarto...como fala? //Faz um círculo demarcando um lugar//
11. Ija: Um quarto?..
12. **JB:** Não...
13. //alguém pergunta se é o “quartel”//
14. **JB:** Não...ah...
15. Ija: Meninos pobres...quarto...você tá falando quarto de dormir?
16. **JB:** É...
17. Ija: Estão num quarto de pensão, quarto de “externato”, onde ficam internados os meninos pobres?
18. **JB:** É.
19. LC: São em quantos lá?
20. **JB:** Dois, quatro// mostra com os dedos o número “4”//
21. Ija: E aí?
22. **JB:** Aí o...// faz o sinal de atirar com um revólver e aponta para si mesmo//
23. Ija: Dom Diego?
24. **JB:** Não.
25. Ija: O Zorro?
26. **JB:** Não.
27. Ija: Comandante?

28. **JB:** Não.
29. Ija: Bandido?
30. **JB:** Bandido! // continua fazendo gesto de atirar// Rouba pessoa...
31. Ija: Rouba? Assalta?
32. **JB:** Rouba pessoa. Assalta...outro lá... vai embora e...o...//aponta para si mesmo//
33. Ija: O seu personagem? // **JB** aponta para si mesmo// O Zorro?
34. **JB:** É.
35. Ija: Aí o Zorro...
36. LC: O Zorro entra em ação!
37. **JB:** [em cena!...aí a espada. //sobrepondo seu enunciado ao de LC, fala espada mas faz gesto de "usar máscara"//
38. Ija: Máscara.
39. LC: chapéu...
- 40 **JB:** Bigode...//*todos riem*// aí...vai...bandidos...
- 41 **JB:** Vai atrás dos bandidos...aí...espada...//faz gestos de quem está lutando com uma espada//
- 42 Ija: luta espada com os bandidos.
- 43 **JB:** Aí...ti ti ti ti ti ti tichum... //fazendo o Z de Zorro// e...pumba!
- 44 Ija: Luta espada com o bandido e o bandido perde, ele ganha do bandido.
- 45 **JB:** Aí...assim...aí...assim.
- 46 Ija: Aí termina... Que ele faz com o bandido? O bandido perde a espada, e aí?
- 47 **JB:** Não...//faz gesto com a mão fechada como se estivesse apunhalando alguém//
- 48 Ija: Ele mata o bandido?
- 49 **JB:** mata!
- 50 Ija: Zorro mau, hein? Ele mata
- 51 **JB:** Aí... // faz gesto com o braço como se estivesse chamando alguém// coiso lá...
- 52 Ija: O ajudante dele?
- 53 **JB:** Não...o outro lá...
- 54 Ija: Sargento?
- 55 **JB:** Não...ah...meninos...meninos...//faz a cena do Zorro devolvendo as coisas roubadas para os meninos//
- 56 Ija: Meninos do internato...ele leva de volta o que bandido roubou, ele leva de volta pras crianças..
- 57 **JB:** É. Aí...
- 58 Ija: Foi um filme...uma série...Como é que nós podemos mostrar essa cena?

O que a autora afirma sobre este dado é que devido às dificuldades com o acesso fonético/fonológico e/ou lexical, a estruturação sintática dos enunciados fica afetada, pois é no exercício da linguagem que tais acessos são realizados. Além disso, segundo ela, no campo da pesquisa em neurolingüística, a abordagem enunciativo-discursiva pode trazer implicações ao estudo das afasias no que concerne ao estudo dos processos alternativos ou compensatórios de compreensão utilizados pelos sujeitos. Ou seja, são processos integrados – no caso de JB, o gesto - que complementa o que está sendo dito. É o que a autora coloca, também, em seu trabalho, a respeito da noção de co-processamento da linguagem retirada dos trabalhos de Castilho (1980, apud Novaes-Pinto, *ibid*:183). Para o autor, a noção de co-processamento se dá principalmente na linguagem falada (30), quando locutor e interlocutor assumem a co-autoria do texto, interagindo mutuamente no co-processamento sintático, em função dos vazios gerados pelas descontinuações apresentadas na linguagem falada. Nas palavras do autor:

“Diversas conseqüências formais decorrem dessa “sintaxe interacional”, que faz da descontinuação um dos processos constitutivos da LF (linguagem falada): (i) unidades discursivas de tópico não lexicalizado, (ii) elipses, (iii) anacolutos. Em seu conjunto, esses fenômenos tornam fragmentária a sintaxe da LF”. (apud Novaes-Pinto:183)

Assim, de maneira resumida, elencaremos alguns itens em que o trabalho de Novaes-Pinto sobre o agramatismo, problematiza a semiologia e questiona esse item semiológico. Vejamos:

- estudo quantitativo dos fenômenos lingüísticos, que tem como concepção de linguagem uma abordagem estruturalista e/ou gerativista, não considera as variações lingüísticas dos sujeitos, classificando de forma semelhantes, fenômenos lingüísticos que podem ser bem diferentes.

---

<sup>30</sup> “As características da linguagem falada, diferentes daquelas da gramática da linguagem escrita, mesmo para os falantes da norma culta, não são consideradas nos procedimentos avaliativos e/ou terapêuticos tradicionais, assim como, evidentemente, não são considerados na maioria das escolas”(ibid:181)

- nível sintático, na grande maioria dos estudos sobre o agramatismo, é tratado como não tendo “interfaces” ou como dissociado dos outros níveis lingüísticos.
- a questão do co-processamento da linguagem (Castilho, 1998, apud Novaes-Pinto, 1999): o uso da linguagem não pode ser analisado subtraíndo o sujeito (afásico e não afásico) desta análise; a linguagem não pode ser desvinculada de seu uso concreto, pois muitos elementos gramaticais omissos na fala dos participantes podem ter referência nos enunciados dos outros ou no contexto discursivo; os sujeitos afásicos podem-se utilizar de recursos alternativos para se manterem numa situação discursiva e driblarem suas dificuldades.

Há, ainda, um outro item semiológico das afasias – o automatismo<sup>31</sup> - estudado por Viscardi (2005), que gostaríamos de apontar neste trabalho. Isto porque ele também coloca em xeque a classificação das afasias. Segundo Viscardi (*ibid*), há um discurso bastante consolidado promovido pelos autores que estudam o automatismo, o mesmo que permeia a caracterização de outros fenômenos que pertencem ao quadro semiológico das afasias, que mantém “uma visão bastante mecanicista e instrumental da linguagem”(*ibid* :46). Vejamos, então, de forma esquemática, segundo as críticas feitas pela autora quanto a este item semiológico, quais são os pontos que colocam em xeque as classificações das afasias:

- A análise do que se considera uma produção automática, sem considerar o contexto da situação.
- A análise do que se considera ser uma postura passiva do sujeito, estando este impossibilitado de produzir um enunciado que não possa ser alterado por ele.
- A exclusão do sujeito nas análises de suas produções.

---

<sup>31</sup> “A principal característica que define o automatismo é a grande dificuldade em produzir as palavras pertencentes ao léxico da língua do falante, estando o sujeito resignado a produzir um número bastante reduzido de elementos, que podem ou não fazer parte do léxico da língua. (Viscardi, 1995:49)

- A análise dos automatismos sem considerar como “erros”, mas a própria matriz de recomposição da fala e de organização da linguagem.

A intenção em apresentar os exemplos extraídos dos trabalhos de Novaes-Pinto (1999), Freitas (1997) e Viscardi (2005) diz respeito ao método clínico aplicado por estas autoras. São métodos que provocam críticas aos programas antecedentes e, ao mesmo tempo, competem no sentido de apresentar novas diretrizes para a análise do fenômeno lingüístico.

### **3.2.6- A questão do erro tomado como processo e não como patologia**

Ao considerar a linguagem do afásico do ponto de vista discursivo, o que se está buscando não é o *fato* lingüístico, mas o *dado* lingüístico. Os modelos teóricos clássicos, geralmente, fazem um recorte nestes fatos lingüísticos com o intuito de classificá-los, não relacionando os sintomas lingüísticos presentes ou visíveis com outros menos evidentes, os quais para serem alcançados precisam ser desvendados, ou como diz Foucault ter “olhos para ver”. Esta distinção entre *dado* e *fato* também é tratada em Perroni (1996). Segundo a autora, diferentes teorias tratam de maneira diferente o que se convencionou chamar de *fato*. “Para o empirismo, os *fatos* seriam anteriores intelectualmente às teorias que, por sua vez, seriam desenvolvidas para explicá-los. Isto significa que os *fatos* seriam também passíveis de reconhecimento independente e antes de qualquer construção de teorias” (Ibid:16). O que se tem visto no estudo da aquisição de linguagem é que o *dado* para a maioria dos pesquisadores na área tem sido tratado como “evidência empírica”, usado para comprovar ou refutar teorias. Mas afinal de contas, o que vem a ser um *dado*? Seria qualquer fato bruto (como é empregado pela autora) ou aquele que foi cuidadosa e previamente selecionado? Sobre estas questões, o que Perroni argumenta é que:

“Qualquer metodologia é determinada pela teoria eleita pelo investigador, assim como é a natureza da unidade de análise, que varia ao sabor da perspectiva dominante”. (ibid:17)

A autora dá como exemplo a diferença entre uma perspectiva *experimental* e uma *observacional* ou *naturalista* e como é possível obter diferentes dados frente a cada uma destas perspectivas. Enquanto na primeira, o que se visa é a objetividade refletida no controle de variáveis e homogeneização dos sujeitos, na segunda, o que se visa é a análise da qualidade dos dados, em vez de apenas quantificá-los, descrevendo-os como um produto estático.

Outro autor que também trata da questão que se pauta na relação *dado* x *fato*, é Possenti (1996), argumentando que um *corpus* obedece a razões estratégicas, possibilitando um maior êxito à teoria, podendo dividir os dados em: *dado crucial* (que põe à prova uma teoria) e *dado rentável* (“é aquele que tem por função precípua confirmar as hipóteses originais da teoria” (Ibid:200). O *dado crucial*, segundo o autor, deveria debruçar-se o máximo possível sobre a linguagem ordinária, “para avaliar o grau de autonomia do “discurso” em relação às condições de produção” (Ibid: 199). Já os *dados rentáveis* são rentáveis “porque se institucionalizaram como doutrina, são os lugares em que é fácil rechaçar teses novas, enfim, são dados com os quais os princípios funcionam claramente” (Ibid:200).

Figueira (1996) trata a questão do erro como um *dado* privilegiado no estudo da aquisição de linguagem, retirando-lhe o estigma que a gramática normativa lhe impusera e dando-lhe um lugar de destaque dentre seus procedimentos metodológicos. Isto quer dizer que o erro possibilita extrair aquilo que vai além de sua contraparte normal e correta. A autora argumenta que existe por parte da criança, dentro do processo de desenvolvimento, um uso da linguagem sem conhecimento, ou seja, sem que exista um lugar de domínio lingüístico específico. Vejamos o que afirma Figueira:

“...as crianças podem ser capazes de produzir elementos deste domínio de maneira tal que dão a impressão (aparente) de que tenham incorporado as regras sintáticas, semânticas e morfológicas que estão por trás de tal desempenho. Essa suposição só vai ser

questionada quando a criança, num passo a diante, começa a discernir relações de regularidades entre formas e estruturas lingüísticas e aí produzir ocorrências divergentes” (Ibid:57)

Ainda segundo Figueira, são exatamente os “erros” que auxiliam o investigador a formular hipóteses sobre o domínio progressivo que a criança tem de sua língua.

Já para este trabalho, os “erros” cometidos por sujeitos cérebro-lesados podem indicar recursos que ainda têm disponíveis para manter-se como sujeitos de sua linguagem, tal como é apontado por Novaes-Pinto (1999) em sua tese de doutorado.

Seguindo esse mesmo ponto de vista, em relação à questão da distinção *fato x dado*, Abaurre (1996) crê que são as singularidades dos dados que dão visibilidade momentânea a uma relação particular do sujeito com a linguagem, o que, seguindo os preceitos de Saussure, estaria mais vinculado aos dados da *parole* que aos da *langue*. Quanto a este respeito, a autora faz a seguinte observação:

“Uma releitura profícua de Saussure poderá alertar-nos para a importância de enfrentarmos sem demora os dados da *parole*, não para repetirmos o que nos habituamos durante muito tempo a aceitar, ou seja, que os dados episódicos e assistemáticos são *residuais* e, como tais, pertencem ao espaço “secundário” da *parole*, mas sim para buscarmos respostas para uma indagação teórica mais interessante: Considerando-se dialeticamente os conceitos *langue/parole*, que estatuto teórico deve ser atribuído ao lado do singular? Observe-se, aliás, que formulada a pergunta nestes termos, já não cabe mais o termo *residual*.” (Ibid:115)

O trabalho sobre a teoria laboviana da variação lingüística, que compartilha alguns pressupostos básicos da teoria gerativista<sup>32</sup>, acabou favorecido um grande desenvolvimento nesta área, a da variação lingüística. Segundo esse autor (1972), a base do conhecimento intersubjetivo na

---

<sup>32</sup> N. Chomsky, na década de 1950, com o gerativismo, dá um novo rumo para o objeto da lingüística, trazendo para o cenário dos estudos da linguagem um sujeito psicológico. Não só o estudo da competência lingüística do sujeito que se priorizava, mas também a busca dos princípios inatos – universais – que explicam sua “faculdade de linguagem”. Diferentemente do conceito saussuriano de *langue* – abstração, espaço virtual de existência de um *sistema* estruturado e, assim, fora do indivíduo – a linguagem está, na visão chomskiana, dentro do sujeito.

lingüística deve ser encontrada na fala como ela é usada ordinariamente, ou seja, quotidianamente. Porém, para este princípio empírico, que toma a variação lingüística como elemento fundamental de investigação, existe uma barreira ideológica que inviabiliza o estudo da linguagem ordinária. A primeira barreira, apontada por Labov, diz respeito ao estruturalismo saussuriano, pois, para estudar o sistema estrutural lingüístico, isola-se dele o contexto e sua evolução histórica. Saussure, como também Martinet, embora acreditassem nas mudanças estruturais, estas não representavam para eles progressos ao serem localizadas na estrutura presente. Outra barreira apontada por Labov é quanto à regularidade dos sons da fala como defendia Bloomfield, segundo o qual as flutuações sonoras faziam parte das variações dialetais ou, muitas vezes, eram lingüisticamente insignificantes. Assim, as estruturas internas das variações eram removidas dos estudos lingüísticos. O que é interessante perceber é o tempo em que ficou apartado dos estudos lingüísticos aquilo que é heterogêneo, singular, próprio de cada indivíduo.

Algo diferente é proposto, por exemplo, pela Análise do Discurso, quando esta trabalha com a materialidade da linguagem; para essa abordagem, o lingüístico e o histórico são aspectos totalmente indissociáveis em seu processo de construção do sujeito do discurso e dos sentidos que o significam. Para a Análise do Discurso, o sujeito é um lugar de significação historicamente construído (Orlandi, 1996), e os discursos não são dados em si, mas o resultado da construção dos efeitos de sentido entre os locutores, conjugando a língua com a história; é, segundo a autora, passar, no estudo da linguagem, do *dado* para o *fato*, ou ainda, do processo de produção da linguagem e não apenas de seus produtos. Vejamos o que afirma a autora:

Com efeito, para a análise de discurso, não existem dados enquanto tal, uma vez que eles resultam já de uma construção, de um gesto teórico. E aí entra toda a questão da interpretação, o que torna esta discussão mais interessante. A questão da interpretação, por sua vez, leva à questão do real e da exterioridade.

Começo por dizer que a exterioridade não tem a objetividade empírica do “fora” da linguagem, pois, na análise do discurso, a exterioridade é suprimida para intervir como tal na textualidade. E é isso que

chamamos discursividade. Trata-se, portanto, de pensar a exterioridade discursiva. (Orlandi,1996:211)

De qualquer maneira, qualquer que seja a natureza do dado – e este ponto nos parece ser de extrema importância – ele existe independentemente do pesquisador, sendo um limite, como Possenti argumenta, para um “subjetivismo desvairado”. Isso nos leva a pensar que o mundo existe independentemente da teoria e que a realidade antecede e precede o dado. Vejamos como Possenti coloca esta questão:

“No caso da AD, disciplina na qual a história é sempre crucial, seria um enorme contra-senso admitir que os dados de língua, especialmente, não preexistam ao analista, ou, pelo menos, ao discurso (teórico) do analista, principalmente se se acredita que uma das razões para não derivar do sujeito os efeitos de sentido é exatamente o fato de que a língua lhe preexiste (que a língua é algo *dado...* para o falante). Assim, o dado é freio para a divagação sem sentido, descontrolada. Sua existência impede o analista de fabricar seu objeto, impede o analista de defender atitudes completamente subjetivas (por exemplo, que cada leitor pode ler do seu jeito, sem levar em consideração que há, independente dele, um conjunto de critérios históricos e sociais, alguns, inclusive, inscritos na própria língua). Em resumo, o dado é o limite para o subjetivismo desvairado” (Ibid:203).

Tendo em vista as questões que cada autor acima mencionado colocou quanto ao método de análise da linguagem dos sujeitos, dos testes, da diversidade da população afásica, da classificação que cada indivíduo recebe após se submeter a uma bateria de testes – o qual muitas vezes só tem como objetivo mensurar as diferenças individuais – o que se pode argumentar é que uma classificação tradicional das afasias não considera a linguagem do afásico como um fato lingüístico (e, portanto, discursivo). O que se sabe é que há um recorte lingüístico no momento em que se avalia a linguagem, por exemplo, do sujeito cérebro-lesado, e sobre este recorte é que se extraem os dados, sem levar em conta – como argumenta Possenti (1996) - que eles já preexistem a despeito de sua teoria e de quais foram os caminhos utilizados pelo sujeito cérebro-lesado para dizer o que disse. Assim, o dado, segundo Orlandi, é uma construção do sentido não apenas por parte do sujeito afásico, mas também de seu interlocutor, o que, por sua vez, envolve uma interpretação. E se o

dado pode colocar à prova (“dado crucial”) confirmando a teoria (“dado rentável”), podemos dizer, então, que esse objeto do discurso é algo construído naquela determinada cena enunciativa (ibid:199).

Como pudemos ver ao longo deste capítulo, existem vários fatores que colocam em risco a classificação das afasias, mas, não obstante, ela ainda permanece. Isto pode ser justificado em função de uma teorização que concorre com outras mais recentes que apresentam outros contornos explicativos, porém a “vontade de verdade” (Foucault,1980) do século XIX permanece até os dias de hoje pelo paradigma científico da época. Sendo a ciência do século XIX sistêmica, ordenada e objetiva, o método clínico também acompanha estes mesmos princípios de análises, de coleta de dados, de descrições, de comparações e das classificações dos fenômenos. Porém, as teorizações lingüísticas mais recentes – aquelas que acontecem nos lugares institucionais, tanto na academia, como na prática clínica - pelo seu modo de conceber o funcionamento da linguagem, promovem um outro olhar para a análise dos fenômenos lingüísticos, modificando, assim, os princípios básicos do método clínico.

## Capítulo 4: As classificações das afasias nas práticas clínicas: um outro lugar institucional

Meu objetivo nunca é classificar, ir lá pegar os três tipos clássicos de afasias ou dos sete tipos de afasia de Luria, o que esse paciente tem ou onde ele se encaixa. Jamais. Nunca faço essa pergunta nem para mim, nem para o paciente, tá certo? No sentido de estar buscando o que ele tem. Para mim, a classificação ela não diz muita coisa, ela serve, que se utiliza um tipo “x”, para identificar a afasia de um paciente, acho que mais a serviço do próprio clínico do que a serviço da clínica, digamos assim, do paciente. Por quê? Aquela concepção de que se você disser um nome para a coisa, afasia de Broca. Pronto! Está tudo entendido, explicado, dito, você não precisa discutir mais nada. Se você diz, em contrapartida, “ah, uma afasia de Wernicke” também já disse tudo. E ainda uma afasia condutiva, são os três clássicos em termos de tipologia. Dificilmente alguém fala: afasia semântica ou afasia mnésica ou uma afasia motora aferente ou eferente. Eu acho que é muito difícil você encontrar num hospital, um médico num laudo ou mesmo em alguma discussão que você tem, alguém citando algum tipo de afasia, dentro das classificações, que não sejam: afasia expressiva, receptiva, a Broca/Wernicke, que é a dicotomia clássica: anterior/posterior; expressiva/receptiva; motora/sensorial. Enfim, eu acho que é o modelo que grassou, aí, no século XIX e, não sei por que cargas d`águas, até hoje as pessoas mantêm esse tipo de paradigma. (Sujeito F5)

### 4.1- Introdução

Neste capítulo veremos como os profissionais que lidam com as afasias vêem o ato de classificá-las como prática da atividade profissional. Este interesse surgiu devido ao fato de entendermos as classificações das afasias como forma de conhecimento institucionalizado. Isto é, a partir de um “olhar clínico”, decorrente de uma visão institucionalizada sobre o que se considera ser patológico na linguagem, médicos e fonoaudiólogos - em especial – têm

classificado as afasias a partir de determinados parâmetros. Assim sendo, o que mais se visará é a relação entre os profissionais que atuam no campo das afasias com suas representações sobre as práticas classificatórias.

Não podemos deixar de levar em conta que o uso da linguagem depende das condições sociais que permitem a sua existência. Vejamos como isso é afirmado no campo da Sociologia por Duranti, citando Bourdieu (1982: 31; *apud*. Duranti, 1997:45):

“A linguagem é um conjunto de práticas que implicam não somente um sistema particular de palavras e regras gramaticais, como, também, um conjunto de regras implícitas para uma dada situação comunicativa, com seu particular sistema de classificação, formas referenciais, léxicos especializados e metáforas (para a política, a medicina e a ética)”. (Ibidi:45)

Vemos, assim, que há muitas variáveis que determinam a existência da linguagem, e, conseqüentemente a sua classificação. Ao longo deste capítulo, veremos que a classificação das afasias é uma questão que diz respeito ao metadiscorso clínico ( ao universo discursivo, a uma “ordem do discurso” como diz Foucault ) relacionado com o método clínico.

Outro ponto que se pretende abordar neste capítulo é a discussão sobre a classificação como fruto e/ou exigência do método clínico. O que está na base da determinação ou correspondência entre o método clínico e a classificação? É a descrição do fenômeno? É o diagnóstico? É a sintomatologia? Em outras palavras, qual é o fio condutor da relação entre a classificação e o método clínico? O método clínico, por sua própria história, é um lugar, por excelência, da institucionalização da classificação das afasias. Ele não está apartado, porém, de uma teoria clínica e, exatamente por esse motivo, coloca em xeque teoria e prática.

Desde o século XVII, as ciências naturais, como por exemplo a Botânica, utilizavam-se das classificações para poder agrupar espécies que se assemelhavam ou se distanciavam umas das outras, criando-se, assim, as classes em que se locava cada espécie. Ainda nesta época, segundo Foucault (1966/1995), o saber e o dizer eram forjados num espaço taxinômico de

visibilidade, os quais faziam parte do primado epistemológico da Botânica, em que as variáveis eram absolutamente previsíveis:

“Jardins botânicos e gabinetes de história natural eram, ao nível das instituições, os correlatos necessários desse recorte. E sua importância para a cultura clássica não lhes vem essencialmente do que eles permitem ver, mas do que escondem e do que, por sua obliteração, eles deixam surgir: disfarçam a anatomia e o funcionamento, ocultam o organismo, para suscitar, ante os olhos que esperam sua verdade, o visível relevo das formas, com seus elementos, seu modo de dispersão e suas medidas.” (Foucault, op.cit: 152)

Vemos assim que a maneira de se ver ou de se olhar o que foge à regra, aquilo que foge aos padrões da normalidade, (Canguilhem, 1995) – e que possibilita, através de um sistema arbitrário, forjar uma classificação - muitas vezes faz parte de um “olhar institucionalizado” fundante desta classificação. Dessa maneira, conforme a história natural nos mostra, a classificação de uma espécie e, no caso das afasias, a classificação daquilo que foge à regra, comporta um procedimento comum: a categorização dos elementos ou fenômenos em classes com o intuito de organizar as coisas da mesma maneira que elas se organizam no mundo e, no caso das patologias, apresentar uma regularidade para o que é irregular.

A classificação das afasias, como da história natural, em geral, desde o século XIX, tinha como princípio a articulação fundamental do visível (Foucault, 1966/1995), pautava-se sobre aquilo que era possível de se ver. A medicina desta época era marcada pela soberania do olhar; através dele é possível montar uma estrutura entre o legível, o visível e o enunciável. Ou seja, através do olhar clínico, sabe-se sobre as enfermidades do corpo; ao denominá-las, a linguagem tem a função de correlacionar o visível com o enunciável. Esta função denominadora da linguagem, por seu valor de exatidão, possibilita a articulação de um vocabulário constante e fixo.

Assim, como podemos observar até aqui, existem dois lugares de institucionalização do conhecimento, veiculação e fixação de normas e condutas: um é na atividade acadêmica, possível de ser visto com os exemplos

da teorização lingüística; o outro, como veremos nesse capítulo, é no âmbito da própria prática clínica. São duas atividades complementares, nas quais os “entrevistados” mantêm estas duas atividades – a clínica e a acadêmica - se “responsabilizam” tanto pela ordem, como pela manutenção e a legitimação desse metadiscurso científico.

O nosso objetivo, ao entrevistar os profissionais especializados nas afasias, é verificar como pensam e se relacionam com o método clínico no domínio empírico. É importante salientar que esses profissionais, por serem também acadêmicos, isto é, professores universitários e pesquisadores, têm uma relação institucional com a teoria e com o método. Assim, tendo em vista que, nos capítulos anteriores, houve uma preocupação em ver, historicamente, de que maneira se forja uma classificação, uma taxonomia, agora, num domínio empírico, veremos como pensam médicos e fonoaudiólogos o método clínico em seus ambientes profissionais.

#### **4.2- Metodologia**

Por meio de um protocolo de perguntas, foi selecionado um grupo de nove profissionais da saúde e que trabalham com afasia para ser entrevistado. O grupo é constituído por professores universitários, pesquisadores, que também mantêm uma atividade clínica - quatro médicos (**M**) e cinco fonoaudiólogos (**F**). Nossos sujeitos foram instados: 1) sobre a classificação das afasias e o ato de classificar; 2) se o procedimento classificatório é utilizado por eles; 3) em que medida vêem as classificações como pertinentes, necessárias e consistentes em suas atuações clínicas; 4) qual o papel reservado à linguagem na classificação das afasias.

É importante ressaltar que há uma idéia subjacente no protocolo que é verificar o fio condutor da relação entre a semiologia da linguagem/semiologia das afasias, o método clínico e a prática clínica.

Como mencionado, os profissionais entrevistados mantêm uma atividade acadêmica e uma prática clínica. Os médicos são docentes da USP (**M3** e **M4**), da Faculdade Paulista de Medicina (**M2**) e da UNICAMP (**M1**). Além de

manterem atividades de pesquisa em universidades paulistas, atuam em hospitais bastante conceituados de São Paulo e Campinas e clinicam em consultórios particulares. Quanto às fonoaudiólogas, todas clinicam em consultórios particulares e algumas delas também mantêm atividades docentes. **F1** é doutora em Fisiopatologia Experimental pela FMUSP; **F2** é doutora em Lingüística pela USP, além de ser docente do Curso de Fonoaudiologia dessa mesma universidade; **F3** é doutora em Lingüística pela PUC/SP, atuando na DERDIC e também no Curso de Fonoaudiologia dessa mesma universidade; **F4** é docente do Curso de Fonoaudiologia da PUC/SP; **F5** é doutora em Lingüística pela UNICAMP, além de manter atividade de docente no curso de Fonoaudiologia da PUC/SP.

Levando em consideração essas quatro questões expostas acima, foi elaborado um protocolo de perguntas a fim de saber como cada um desses profissionais “lida” com a classificação. As perguntas, como as respostas, foram gravadas e transcritas posteriormente, tendo o protocolo a seguinte seqüência de perguntas:

1. Com base em que procedimento você chega a uma classificação sobre o tipo de afasia?

O objetivo desta pergunta é verificar como os entrevistados fazem relações entre teoria e método.

2. De que forma se avalia a linguagem de um afásico?

O objetivo desta pergunta é conhecer em linhas gerais o método de análise da linguagem utilizado por esses profissionais.

3. Ao se classificar um quadro afásico, o que se está levando em conta: a lesão, as alterações de linguagem ou a repercussão da lesão sobre a linguagem?

Esta pergunta tem como objetivo verificar as concepções de linguagem e de cérebro admitidas pelos entrevistados.

4. O que você acha das classificações das afasias? Elas propiciam uma “visão” mesmo que inicial dos fenômenos lingüísticos?

Aqui, o que se está procurando verificar é o quanto os profissionais, ao classificar as afasias, estão preocupados com a teoria e sua relação com o método clínico. Portanto, tem o objetivo de verificar se os testes fornecem indícios para as suas atividades terapêuticas.

5. A classificação auxilia a conduta terapêutica?

Esta pergunta tem como objetivo observar a relação da nomeação do sistema através da classificação e sua importância nas práticas clínicas.

6. Você já pensou ou sentiu a necessidade de reformular as classificações?

O objetivo desta pergunta é saber se existe algum desconforto, por parte dos profissionais, com as classificações conhecidas ou mesmo com o ato de classificar as afasias.

7. O diagnóstico do paciente pode ser reformulado? Em que medida?

Nesta pergunta, procurou-se observar se existe uma possibilidade de reformular a tipologia e o entendimento do diagnóstico inicial, em função da evolução de seu quadro.

8. Normalmente, há alguma discussão entre médico e terapeuta sobre o diagnóstico?

O objetivo, com esta pergunta, é verificar se o diagnóstico é feito apenas para os profissionais interagirem entre si (sendo o diagnóstico uma forma de diálogo entre os profissionais) ou se apresenta outra função no tratamento terapêutico.

### 4.3-Análise do material coletado nas entrevistas

Após analisar a primeira questão respondida pelos entrevistados - Com base em que procedimento você chega a uma classificação sobre o tipo de afasia? – observamos que 100% dos médicos entrevistados dizem que aplicam testes-padrão para chegar ao diagnóstico. O que diverge entre eles é que alguns se utilizam de testes formais, como por exemplo o “Boston Diagnostic Aphasia Test”, e outros, os funcionais, isto é, aqueles que procuram levar em conta contextos mais próximos da linguagem cotidiana. O que se nota é que os testes corroboram com a classificação, embora todos eles recorram a uma semiologia própria das afasias. Através das falas dos entrevistados, é possível observar que todos querem conhecer o que está falhando na linguagem dos sujeitos afásicos; porém, esse conhecimento só é possível através da classificação que, por sua vez, envolve um método clínico. O que esses profissionais deixam claro é que não existe uma classificação e uma sintomatologia própria sem que haja antes uma categorização, algo estereotipado do fenômeno lingüístico. A propósito, vejamos como Amossy & Herschberg Pierrot argumentam a respeito dos esteriótipos:

“O estereótipo aparece como uma crença, uma opinião, uma representação que diz respeito a um grupo e seus membros, além de prejudicar a **atitude**<sup>33</sup> adotada a respeito dos membros do grupo em questão... Isso não significa que não existe nenhuma relação entre nosso comportamento, nossa atitude, a respeito de um grupo e a imagem que fazemos sobre ele. Simplesmente, esta relação é mais complexa do que podemos crer”. (Amossy & Herschberg Pierrot, 1997:35)

Vejamos como esta sintomatologia é representada nas falas dos sujeitos entrevistados:

#### M1

---

<sup>33</sup> Segundo as autoras, atitude é definida como a posição que adota um agente individual ou coletivo a respeito de um objeto dado.

“Então como neurologista eu faço uma análise sucinta, vejo o quanto o paciente está compreendendo, vejo se o problema dele é de emissão ou de compreensão. Se o problema dele for de emissão que nível que é, se é articulatorio; se tem parafasias fonêmicas ou não; vejo como está a nomeação. Então, baseado nisso aí, eu sei, mais ou menos, onde predomina a lesão. O que interessa mais é saber se a lesão dele é mais anterior ou mais posterior, se a lesão dele é mais perisilviana – que costuma afetar o sistema fonológico, morfológico/sintático – ou mais afastado daí, que é mais o semântico/lexical, ou mais afastado ainda, que atinge o discursivo. Através disso aí, eu faço uma análise, sem levar em conta a classificação”.

#### **M4**

Obviamente a gente percebe pela capacidade de expressão, mas basicamente meu exame inclui: a fluência, a compreensão, a repetição, a nomeação. Se depois disso ainda existe dúvidas, as vezes acontece, escrita espontânea, leitura em voz alta e baixa, ditado e cópia. Fundamentalmente, eu uso esse material para fazer o diagnóstico, mas não vou tratar dele, da afasia dele. Vou encaminhá-lo para um fonoaudiólogo, simplesmente para ter um canal de conversa.

Apesar de muitos utilizarem os testes-padrão – aqueles que têm um caráter quantificador e localizador – há um interesse em poder informar “objetivamente” ao paciente e a sua família sobre a enfermidade do sujeito, justificado, assim, pelo nome/jargão sobre a enfermidade acometida. Aqui, o método clínico aplicado é aquele que se dá por meio de um olhar racionalista que consiste em observação, em descrição dos fatos e que faz parte de uma teorização positivista sobre o fenômeno observado.

Há, porém, de maneira geral, um desconforto diante do ato de classificar, o que poderia ser justificado pelo distanciamento que existe entre o método clínico e a teoria que embasa este método. Vejamos:

#### **(F3)**

Os procedimentos que eu tenho utilizado não levam em conta uma classificação. Não faço testes. Se eu penso que todas as possibilidades estão nos testes, então eu parto de um instrumental de avaliação do tipo de testes ou exames. Por isso eu não chego a uma classificação. O que eu chego é: na fala do afásico, que tipo de acontecimento pode ser entendido como patológico ali e isso, de todo jeito, vai dar numa direção para o tratamento.

**(F4)**

Eu não classifico, eu faço uma análise mais descritiva do quadro. Logicamente, se eu vejo uma tomografia e tem uma lesão mais anterior ou posterior, isso pode influir na minha observação de outros quadros neuropsicológicos, fora a linguagem.

**(F5)**

Meu objetivo nunca é classificar, ir lá pegar os três tipos clássicos de afasias ou dos sete tipos de afasia de Luria, o que esse paciente tem ou onde ele se encaixa. Jamais. Nunca faço essa pergunta nem para mim, nem para o paciente, tá certo? No sentido de estar buscando o que ele tem. Para mim, a classificação ela não diz muita coisa, ela serve, que se utiliza um tipo "x", para identificar a afasia de um paciente, acho que mais a serviço do próprio clínico do que a serviço da clínica, digamos assim, do paciente. Por quê? Aquela concepção de que se você disser um nome para a coisa, afasia de Broca. Pronto! Está tudo entendido, explicado, dito, você não precisa discutir mais nada. Se você diz, em contrapartida, "ah, uma afasia de Wernicke" também já disse tudo. E ainda uma afasia condutiva, são os três clássicos em termos de tipologia. Dificilmente alguém fala: afasia semântica ou afasia mnésica ou uma afasia motora aferente ou eferente. Eu acho que é muito difícil você encontrar num hospital, um médico num laudo ou mesmo em alguma discussão que você tem, alguém citando algum tipo de afasia, dentro das classificações, que não sejam: afasia expressiva, receptiva, a Broca/Wernicke, que é a dicotomia clássica: anterior/posterior; expressiva/receptiva; motora/sensorial. Enfim, eu acho que é o modelo que grassou, aí, no século XIX e, não sei por que cargas d'águas, até hoje as pessoas mantêm esse tipo de paradigma.

É possível notar que classificar é uma prática problemática; contudo, não classificar, também. Que a classificação tanto tem a ver com a teorização, quanto com o diagnóstico. Assim, as falas dos profissionais citados acima deixam transparecer que a instituição, que corrobora com os métodos clínicos, também a problematiza, abrindo, dessa maneira, possibilidades de transformações.

Na segunda questão - De que forma se avalia a linguagem? - o que se observa nas respostas dos profissionais é que há uma diferença no que diz respeito à avaliação da linguagem para os médicos e para os fonoaudiólogos. Do ponto de vista dos médicos, a avaliação quantitativa faz parte das suas práticas clínicas, pois, para eles, ela é uma maneira mais objetiva de verificar a melhora ou a piora do paciente e, também, uma forma de análise sobre um

determinado item semiológico pesquisado. É como se eles estivessem olhando a linguagem através de uma lupa e, por isso, acabam perdendo a noção do todo.

**(M2)**

Eu acho duas coisas sobre a avaliação. Você pode fazer uma avaliação formal, a psiquiatria faz muito isso. Agora, se a pergunta é se a linguagem pode ser reduzida a escalas? Eu acho que para alguns aspectos pode, mas você não consegue pegar o todo. Isto mostra duas coisas, primeiro que o teste não revela tudo e, segunda coisa, que as escalas têm uma utilidade; ela não é a linguagem e ponto. Na melhor das hipóteses, ela avalia alguns aspectos determinados da linguagem.

**(M3)**

Eu me considero absolutamente ignorante a esse respeito. Para neurologista, eu acho até que dou para o gasto. Eu acho que ainda tem colegas que falam de afasia de expressão e de compreensão e só. Então, eu acho que é possível avaliar a linguagem de forma quantitativa. Eu acho que isso ajuda para você a evolução de um quadro ou a piora. Ou um determinado processo de tratamento, quer seja ele reabilitação, quer seja ele até uma tentativa de tratamento farmacológico. Então você quantifica, por ex., o desempenho de nomeação ou de erro de um determinado teste, eu acho que pode ter um certo valor. Eu acho que a gente não pode conferir um valor extremo para isso. Isso é uma visão muito reducionista da linguagem, eu sei que hoje o estudo do discurso pragmático, por ex., tem uma visão bastante crítica desta visão reducionista da linguagem. Mas sei que tem toda uma linha de pesquisa de análise baseado no discurso, que é muito interessante, talvez, até não seja passível de uma quantificação mais absoluta, como são estas provas mais formais. Mas eu acho que tem o seu valor uma análise mais quantitativa. Geralmente não sou eu que faço.

Apenas (M1) respondeu que avalia a linguagem sem tentar quantificá-la. Vejamos como ele argumenta a respeito desta posição:

**(M1)**

A linguagem, da mesma forma que as outras funções cognitivas, é possível de se avaliar mesmo que ela esteja bastante afetada. Porque você observa, não só o que falta no paciente, como também o que ele é capaz de fazer, o que está intacto, o que está preservado. Porque

baseado nisso aí, você sabe que no cérebro existem sistemas funcionais da linguagem, da percepção, tal, e esses sistemas funcionais têm vários módulos, eles, então você sabe que não é o sistema como um todo está afetado, mas apenas parte dele, por uma lesão. Então, você pode dar outra (S.I.<sup>34</sup>) pra esta pessoa, pra você descobrir que (S.I.) está afetada, há linguagens que não estão afetadas. As vezes não precisa fazer o teste nenhum, mas só de observar a pessoa, você sabe que pra fazer aquilo, o indivíduo tem que estar com certos elos intactos.

É interessante observar como M1 tende a usar todo o seu conhecimento sobre a linguagem e de funcionamento de cérebro de forma integrada, e, por esse motivo, acaba tomando atitudes menos prescritivas.

Algumas das fonoaudiólogas entrevistadas dizem que, mesmo usando uma testagem formal não descartam a análise da linguagem espontânea (F1) e (F2). (F3), (F4) e (F5) responderam da seguinte maneira à questão:

### (F3)

A gente sabe que têm classificações motivadas pelas lesões, outras que são motivadas mais lingüísticamente. Mas eu não parto nem de uma coisa, nem de outra. Então, vou responder à pergunta de outro jeito, talvez dizendo que tipo de relação eu possa prever entre o fato de haver uma lesão e um quadro cujo sintoma está na linguagem. Acho que diria que, evidentemente, não há como negar o fato de que, quando se fala de afasia, nós estamos falando de um quadro patológico que prescinde de uma lesão. Agora, o que eu acho que, teoricamente é possível se discutir que esta relação lesão x sintoma não é uma relação de causalidade, no sentido estrito do termo, pensando que a causalidade é um tema pra lá discutido na filosofia e que em todas as clínicas acaba retornando o pensamento causal ou se não é necessário para a própria configuração da clínica, romper com o raciocínio causal. Em minha dissertação de mestrado foi este o meu trabalho, quando argumentei que é preciso romper com o discurso organicista que coloca um raciocínio causal para se pensar a relação lesão/sintoma. Já para a medicina é precisamente compreensivo, já que a medicina lida com uma teoria sobre corpo orgânico. E a causalidade como sintoma, ela faz isso, ela privilegia esse pólo, que é entendido como causa – que é o cérebro – que faz da linguagem um reflexo da lesão. Então, veja se você entende, através desta dinâmica, na verdade, você estaria subtraindo da linguagem a sua natureza simbólica, e eu entendo – partindo da própria clínica – que não há uma clínica médica de reabilitação do sintoma na linguagem que indague sobre esta relação, que não causa nenhum furor, nenhum problema na clínica médica, porque, se não, a intervenção, é medicamentosa, é cirúrgica, é uma intervenção no corpo. E um caso de afasia só chega

---

<sup>34</sup> (S.I) – segmento ininteligível .

para a gente, porque, exatamente, à gente é delegada uma outra intervenção. Eu acho que a gente precisa pensar que a linguagem não é entendida da mesma forma que entende o médico. A autonomia do lingüístico exige que você pense a linguagem como uma ordem de funcionamento que tem as suas próprias leis, ou seja, exige que você pense a linguagem não como algo que se submeta a leis (S.I). Razão pela qual que eu considere que o rompimento com o discurso organicista causal fosse exigência para uma clínica da linguagem. Então, é partindo da autonomia da língua com o funcionamento lingüístico – até porque eu vou pensar o sintoma na linguagem – a lesão passa a ocupar um lugar marginal e secundário tanto na teorização sobre a afasia, quanto na clínica. A questão cerebral está fora de questão para a clínica da linguagem. Na análise dos pacientes de minha dissertação foi possível ver classificações como a de Jakobson. Distúrbio de similaridade/distúrbio de contigüidade. O mesmo afásico ora tem distúrbio de contigüidade, ora de similaridade. A Schuell foi uma pessoa que ficou muito atordoada com a questão da heterogeneidade. Ela teve que homogeneizar, porque propõe uma classificação. Mas ela ficou na posição de saber como iria dar conta disso: que ora se encaixa na classificação proposta, ora o que foi proposto não dá conta de chegar na clínica, porque o sintoma que eu observo, não está lá (na classificação), ou, o que está lá, eu não observo aqui. Que clínica é essa que até esse momento não conseguiu construir uma classificação adequada e, que eu suspeito que não venha construir e, que ainda assim, é um fazer que produz mudanças no dizer do paciente?

**(F4)**

Logo no início do meu trabalho eu pensava: será que existe mesmo essa correlação lesão com linguagem? Não tem. Primeiro, tem a questão metodológica muito complicada de você pegar uma tomografia, a lesão nunca é a mesma, mesmo quando o indivíduo tenha uma lesão na área da artéria anterior cerebral média; eu acho que pra gente ter uma precisão, se for partir para o lado orgânico, tem que fazer direitinho, tem que ter uma precisão de contagem de neurônio, até que é uma coisa impossível atualmente. E aí, você tenta correlacionar isso a um determinado quadro, acaba furando, porque eu já vi pessoas com lesões posteriores com um quadro muito parecido com lesões anteriores. Até lesões não muito focais parecidas com... Parecidas em que sentido? No movimento. Por exemplo, se a gente for pensar em falha de evocação, é um sintoma que podem ter várias naturezas. Então o que acontece, num sintoma, ele aparece muito parecido, se eu fosse fazer um teste, as coisas acabam caindo tudo no mesmo saco.

**(F5)**

Numa questão onde está se falando de avaliação de linguagem, é diferente você aplicar, numa avaliação de linguagem, um teste do tipo Boston. Porque o teste de Boston, na verdade, ele foi criado exatamente para localizar as lesões, topicamente, organicamente. Então, a partir das correlações que foram feitas, correlações anátomo-

clínicas, eu tenho uma anatomia “x” como uma lesão “x”, eu tenho uma clínica tal, a partir dessa... então eu faço uma correspondência da função em relação da lesão, tá certo? Quando se criou um teste como Boston, p.ex., as dele são baseadas nisso, são provas motoras, provas receptivas, repetição, nomeação. Então, é esse mesmo paradigma que se mantém. Qual era a idéia? Quando não se tinha condições de se fazer uma tomografia, uma ressonância. Bom, vamos classificar, vamos aplicar este teste, a gente padroniza as respostas. Aí localiza-se, área de Broca - na terceira circunvolução - área de Wernicke – no giro temporal. Então era para isso, porque não se tinha recursos. Hoje em dia não se justificaria, do ponto de vista localizacionista, que você fizesse esse tipo de testagem, faz uma ressonância e a lesão está lá. E a gente sabe que nem é isso que vai garantir também. Eu faço uma ressonância, olho lá, eu nem vejo o paciente e digo: esse paciente está com mutismo, porque pegou a artéria cerebral anterior, enfim, esse paciente não vai ter um déficit de compreensão. Então eu acho que existe uma abordagem onde as pessoas praticam mesmo uma testagem do tipo teste de Boston. Porque é fácil, do ponto de vista da avaliação, está tudo controlado, cara repetiu ou não repetiu, precisou dar mais estímulo ou não, ele respondeu dentro do tempo ou não. Aí você dá uma pontuação, uma nota X e você classifica o sujeito. Então, você sabe tudo que ele não faz. Mas você não tem a menor idéia de como aquele sujeito faz para comprar um pão na padaria, como é que ele faz quando está com sede, como é que ele se resolve. Você não faz a menor idéia da linguagem desse sujeito. Aí, quando você pergunta, avalia-se a linguagem? Depende muito da teoria que você tem. O que é essa linguagem que eu vou avaliar? Como, por exemplo, num teste, o mini-mental, linguagem é dizer como chama isso, ou então repita: nem aqui, nem ali, nem lá, ou ainda: dobre a papel com a mão direita, pegue-o com a esquerda e o coloque no chão. Isso aí é linguagem? Na minha concepção não é linguagem, é um pedacinho mínimo, que na verdade não garante nada, o sujeito às vezes está conseguindo repetir, e não pode comprar o tal pão na padaria, tá certo. Então, que linguagem é essa que a gente avalia, só dá para avaliar a linguagem em acontecendo. Na verdade, a gente sabe que é uma coisa processual. Você pode flagrar no início do contato, do vínculo algumas questões pertinentes a linguagem, dificuldades do sujeito e muitas vezes você faz um relatório para um médico, eu não vou te dizer que não, eu acabo fazendo uma descrição, eu sempre faço uma transcrição de dados para pôr, mostrar, muito mais no sentido de dizer, como eu ou o outro interlocutor pode interagir de uma maneira melhor com esse sujeito. Se eu digo uma coisa ou se eu escrevo alguma coisa, se melhora para ele do ponto de vista organizacional da linguagem a compreensão. Enfim, eu estou me remetendo a essa senhora (a da filha que escreveu uma carta, dizendo que sentiu falta de uma classificação, apesar de ter achado que o livro sobre a afasia (feito no CCA) poderá ajudar bastante os familiares de sujeitos afásicos), porque eu fiz um relatório para um médico e aí você acaba de alguma forma, e aí eu não sei porque, mas acho que é pra poder, sabe... a gente sabe como se pensa, na verdade, com esse paradigma... É assim, é crucial, você chega e alguém vai dizer que é Broca ou que é Wernicke. Então, você coloca aqueles dados lá e aí você põe alguma coisa do tipo, para meio que amenizar: compatível com o quadro de

afasia de Wernicke, né? E muitas vezes, eu vou conversar com médico a respeito de um paciente e ele diz: Ah, é Wernicke. Mas aí você fala, veja bem que isso, veja bem que aquilo, veja bem que aquilo outro, sabe? Há dezesseis anos atrás, um neurologista me encaminhou um caso e disse que era uma afasia tipicamente talâmica. Meus Deus, o que será isso? Aí eu saí atrás do tálamo para ver o que ele tinha para me dizer da linguagem e eu vi que não tem isso, da onde se tirou? Porque a lesão do sujeito era no tálamo, então a afasia vira tipicamente a lesão, entendeu.

Observa-se, então, que há interesses distintos no que diz respeito à avaliação de linguagem por parte desses profissionais. Os médicos têm como interesse associar lesão com sintomas lingüísticos. Já as fonoaudiólogas acreditam que associar lesão X sintoma parece desnecessário para as suas práticas terapêuticas. São procedimentos diferentes que não deixam de envolver uma teoria e um método clínico. É interessante perceber, também, que segundo F5, existe uma atitude classificatória das afasias que é fundada unicamente na lesão cerebral. Dessa maneira, o que pode se entender por semiologia das afasias nada mais é que a localização da lesão – uma abordagem teórica que diz respeito à concepção localizacionista de cérebro – classificando-a pelo nome da lesão.

Com respeito à terceira questão - Ao se classificar um quadro afásico, o que se está levando em conta: a lesão, as alterações de linguagem ou a repercussão da lesão sobre a linguagem? - vemos nas respostas dadas pelos profissionais um movimento bastante interessante. Embora cada profissional tenha seu próprio sistema de classificação – muitos deles enfocando mais a linguagem; outros, a lesão cerebral, podendo, ainda, valer-se das classificações clássicas – eles tentam “construir” uma categoria através dos elementos semiológicos existentes. Ou seja, as lesões, as alterações de linguagem, de cognição, são elementos que compõem a construção de uma semiologia sobre a afasia. Vejamos:

**(M1)**

Na realidade é tudo isso que a gente leva em conta. A questão de classificação, essa classificação clássica, elas, embora, contribua para os neurologistas quanto aos parâmetros fundamentais, mas não

separa exatamente, porque você pode ter uma afasia tipo “Broca light” com lesão mais posterior e uma afasia mais “Wernicke light” com uma lesão mais anterior. Aqui não segue exatamente aquelas áreas que na realidade essas áreas não estão bem delimitadas, na realidade ocupa a região perisilviana que faz um pouquinho, em maior ou menor grau, uso da parte fonológica, morfológica (S.I), mas como um todo. É claro que esses aspectos mais posterior, aspectos paradigmático, aspectos das substituições. E os aspectos sintagmáticos, mais anterior. Então você tem isso aí, mas não tem nenhuma classificação que te diga, que localiza tal lugar, isso não tem sentido. E não tem sentido mais ainda do ponto de vista da explicação lingüística e de representação, não é? Porque o que interessa é você descobrir que componentes da linguagem, que mecanismos estão afetados na pessoa, né? Inclusive a cognição, porque se não é um problema cognitivo primariamente ou se é um problema lingüístico, ou, se é um distúrbio cognitivo. Isso aí só com uma análise que se pode discriminar. Então, na realidade um trabalho tem que ser feito mais definido, que se o nível da linguagem está afetado com relação a isto, que outras funções não lingüísticas estão afetadas, para ver se tem um denominador comum único.

**(M2)**

O que me interessa é a relação entre lesão e linguagem, essa vinculação. Agora, quando eu avalio, vamos supor que o sujeito chegou com um distúrbio de linguagem, eu avalio até para fazer a hipótese de porquê, de como é provavelmente a lesão dele, que é alguma coisa que vai ser confirmada posteriormente.

**(M3)**

Sem dúvida as alterações de linguagem é o que eu levo mais em conta que a lesão. Aliás, eu nem cheguei a mencionar os parâmetro mais funcionais que eu levo em consideração. Eu não uso a taxonomia mais clássica como afasia de Broca, embora elas as vezes encaixam perfeitamente. Mas, o que eu uso mais, é a alteração mesmo, uma fenomenologia básica do impacto que a lesão tem no dia a dia. O que é mais importante que a terminologia, é o quanto isso prejudica o indivíduo. Do ponto de vista mais semiológico, eu procuro ver as alterações de linguagem.

**(M4)**

A linguagem. As vezes, a anatomia engana a gente. A afasia é uma questão funcional e a função é classificada de acordo como ela funciona: fluente, não fluente.

**(F2)**

Eu tento examinar de todos os ângulos. Eu tento não olhar para a lesão eu tento ver o que a linguagem dele me diz. Depois eu vou ver aonde o indivíduo tem lesão, aonde está e o que é. Mas primeiro eu

olho a linguagem. Aliás, eu gosto de fazer este exercício, porque muitas vezes a gente caiu do cavalo: aquele sujeito com problema de compreensão enorme apresenta lesões anteriores.

**(F5)**

Bom, eu acho que o olhar é sobre a linguagem do sujeito e aí a depender, se eu vou conversar com a família, não importa, entendeu, embora os pacientes cheguem com isso: onde é que está, o que é aquela mancha que tem lá (se referindo à tomografia), então se diminuiu ou não em relação à ressonância anterior. Eles não estão muito preocupados em saber, para eles a repercussão dessa lesão é que está importando, ele era alguém que não tinha nada, do ponto de vista da linguagem e, de repente, passa a ter alguma coisa no tal do cérebro que repercute de alguma forma assim impactante na vida dele. Para mim, eu olho, a questão é a linguagem, que coisas ele está trazendo.

Mais uma vez, o que é mais marcante nas respostas dadas por esses profissionais é a questão teórica que está por trás das argumentações de cada um deles. Cada profissional tem a sua teoria sobre o funcionamento do cérebro e sobre o funcionamento da linguagem no cérebro. De um modo geral, a linguagem é a primeira questão a ser levada em conta na classificação dos afásicos; porém, deixam subentendido que a lesão é tão fundamental para o entendimento da patologia quanto a linguagem. Isto nos mostra que, embora a semiologia das afasias não tenha como preocupação classificar seus elementos, ela tem um papel fundamental para o paradigma clínico.

Na quarta questão - O que você acha das classificações das afasias? Elas propiciam uma “visão” mesmo que inicial dos fenômenos lingüísticos? – o que se observa é que todos os profissionais acreditam que a classificação não propicia uma visão exata dos fenômenos lingüísticos, mas que pode auxiliar tanto a investigação neurológica, como a seleção de grupos clínicos. Vejamos:

**(M2)**

Eu acho que se você está muito preso a uma classificação particular, você, provavelmente, vai ter problemas. É parecido com a história das escalas, se você fica preso às escalas e acha que a escala responde a tudo, você vai perder coisas, porque a classificação, na melhor das hipóteses, ela pode te dar uma diretiva geral. Se você for olhar, quanto mais detalhado uma classificação, provavelmente, mais

inadequada ela é para a linguagem. Provavelmente, porque a gente não sabe o suficiente sobre a linguagem para classificar. Na linguagem existem muitas exceções. É preciso saber para que você está classificando. Se é para a pesquisa, se está procurando um determinado tipo particular de pessoas com distúrbio de linguagem. Aí não tem jeito, você vai poder pegar as escalas. Agora, se você está querendo para a clínica, aí você vai ter problemas. Claro que qualquer classificação, qualquer, se você procura o suficiente, você vai encontrar casos típicos, que são típicos daquilo que a classificação diz, como, também, você vai encontrar casos que não se enquadram muito bem em nenhuma das categorias das classificações. O que sugere que ela padece disso. A classificação começou muito mal, porque eles classificavam mal, porque não se sabia muito bem como se fazia isso. Quando a classificação ficou mais evidente, porque você a partir daquilo, daquele tema holográfico, você agrupar pessoas com característica em comum, isso permitiu desenvolver uma compreensão de determinadas doenças e um tratamento mais adequado. Neste sentido, a classificação foi útil para isso, para selecionar grupos específicos de pessoas. Mas, para a linguagem, ela ainda é ruim. Se você olhar as classificações que se fazia em neurologia, inicialmente era muito ruim, ela servia para agrupar as pessoas.

M1 ainda lembrou que a classificação luriana das afasias leva em consideração outras questões, como a funcionalidade do cérebro. Vejamos:

**(M1)**

...Você tem classificação clássica, você tem classificação luriana, que é outra abordagem, já leva em conta mecanismos lingüísticos-cognitivos, vai classificar afasia aferente, eferente, semântico e tal. Já leva em conta os sistemas funcionais, já é outra abordagem.

**(F3)**

A conduta clínica, via de regra, está desvinculada do processo diagnóstico. Tanto é que diferentes testes (Boston, o da Schuell, p.ex.) com diferentes terapêuticas, com diferentes possibilidades de atendimento ou de perspectiva adotada para o processo clínico, partiram do teste. Então, como pode orientar perspectivas tão diferentes?

**(F4)**

Para mim, as classificações não são importantes para o meu trabalho terapêutico.

**(F5)**

Eu acho que mais uma vez é reduzir a linguagem a questões motoras, sensoriais, quem disse que a linguagem são essas questões? É um recorte que você faz, como qualquer modelo não abrange tudo, não explica tudo. O que a gente vê é assim, uma taxonomia riquíssima, ao mesmo tempo você tem quatro ou cinco nomes para o mesmo fenômeno descritivo, uma afasia de Broca, uma afasia motora eferente e por aí vai. E aí você vê alterações de prosódia, dificuldades de compreensão, o que é dificuldade de compreensão? Dificuldade de compreensão a gente tem um leque de coisas que a gente só pode explicitar, na verdade, ao falar daquele sujeito X, então é realmente reduzir a linguagem, essas questões anteriores/posteriores, receptivas/expressivas, aferente/eferente, todas essas dicotomias. Eu acho que não basta, obviamente... e se não existisse, eu acho que o homem ia sofrer um pouco mais achando que ele fosse ignorante. Talvez se ele fosse ignorante, talvez ele pudesse ter um olhar um pouco mais... um olhar diferente em relação às questões de linguagem.

Nas respostas desses profissionais, parece haver um consenso quanto à finalidade da classificação: para eles, o objetivo da classificação é apresentar um diagnóstico, sendo um procedimento puramente médico-clínico. Porém, o que estes profissionais explicitam é que as classificações vão variando conforme o estatuto teórico no qual elas se baseiam. Sendo o cérebro um sistema funcional complexo ou modularizado, **“como pode orientar perspectivas tão diferentes?”**, questiona F3.

É interessante perceber, também, que o procedimento clínico (o que está mais relacionado com o diagnóstico) e o procedimento terapêutico (o que está mais relacionado com a reabilitação) são procedimentos que acabam se mesclando. Isso nos leva a pensar que a linguagem e o funcionamento do cérebro são questões que mantêm uma dependência entre si, porém de maneira diferente daquela vista na teoria localizacionista da linguagem. Para estes profissionais, a linguagem não está necessariamente localizada no cérebro, mas este – ou parte deste – se responsabiliza ou se ocupa dela.

Quanto à quinta pergunta - A classificação auxilia a conduta terapêutica? – observa-se que ela gerou dois tipos de respostas por parte dos profissionais entrevistados. De um lado, existem aqueles que acreditam que a classificação

auxilia a conduta terapêutica; e outro, existem os profissionais que acreditam que a conduta terapêutica independe da classificação. Vejamos:

**(M1)**

Quando a gente trabalha com qualquer objeto com qualquer fenômeno, a classificação é natural. Para você reconhecer uma coisa você tem que classificar, você termina de certa maneira classificando, porque as coisas elas não existem de maneira casual, porque as coisas são fenômenos que se repetem; existem como espécies, infinidades de espécies. O mundo é organizado, nós não podemos fugir disso. Então, o princípio de todo o conhecimento começa na classificação, depois com a observação superficial, você começa a notar as diferenças entre o que é distinto e o que é semelhante e aí já é o ponto para a classificação, não é? Porque se fosse tudo semelhante não precisaria classificar, era tudo igual, se fosse tudo diferente, também, não precisaria nem classificar. Então, tem tanta coisa no mundo com propriedades diferentes e iguais, que o pensamento aborda ele pela classificação, porque nós não temos acesso direto as coisas, nós temos acesso indireto, mediado, através, primeiro lugar, dos nossos órgãos sensoriais e, em segundo lugar, da nossa aparelhagem conceitual, né? O próprio pensamento. É assim que você manuseia as coisas e termina classificando.... Não é que a linguagem e o pensamento acrescenta essas características às coisas, o mundo exige as coisas dele como classes, não só classes lógicas, mas também ...

Os entrevistados M2 e M3, que são médicos, acreditam que uma boa classificação auxilia a conduta terapêutica:

**(M2)**

Quando é uma boa classificação, auxilia. É claro que tem coisas como: critério para distúrbio de atenção (ele precisa pelo menos 38). Esse critério de classificação serve para a pesquisa clínica, porque ele tem uma alta chance, porque se a criança é hiperativa apontada pelo teste, tem uma chance desta criança seja de fato hiperativa, mas no meio do processo você vai deixar muita coisa de lado, porque não preenche estatisticamente aquele critério. Então, é preciso tomar cuidado para quem você está usando, se for para a pesquisa, você não vai fugir da classificação. Agora, se é para a clínica, você deveria usar o bom senso: essa pessoa não preenche os critérios do diagnóstico, os critérios estabelecidos, mas estou vendo que de fato ela é hiperativa, seja lá o que for, não me interessa muito se ela preenche ou não.

**(M3)**

O que eu faço, e confesso que alguns casos eu já tentei, é tentar um trabalho farmacológico para alguns tipos de afasias. De certa forma, a taxonomia me ajuda a direcionar, mas eu não sou um indivíduo que trata afasia com drogas. Existem alguns casos de afasia progressiva, não fluentes, usando esses casos, que não é uma forma habitual, a taxonomia me ajuda.

Para o médico (M4), a conduta terapêutica está desvinculada da classificação:

**(M4)**

Como já disse, a conduta terapêutica independe da classificação do ponto de vista médico.

O que é possível notar nas respostas destes profissionais, não há uma inteira confiança nas classificações, como expressou o médico M2 - **“Eu acho que se você está muito preso a uma classificação particular, você, provavelmente, vai ter problemas”** – Já para M1, ela não deixa de ser o princípio de todo o conhecimento.

Mais uma vez, é possível notar como o tema “classificação” é complexo. Por um lado, os profissionais ficam bastante desconfortáveis ao ter que fazer uso da classificação; por outro, não usá-la é, de certa maneira, não “conhecer” a enfermidade do sujeito afásico. Esse tipo de questão entre a teoria e a prática clínica parece estar relacionada com uma espécie de distanciamento entre esses dois pólos. Se, por um lado, a semiologia não tem necessariamente como objetivo a classificação; por outro, ela tem grande responsabilidade na condução e na manutenção do paradigma clínico.

Para a sexta pergunta - Você já pensou ou sentiu a necessidade de reformular as classificações? – os médicos M1 e M2 pensam que as classificações precisam ser reformuladas. A reformulação a ser feita, para o médico M1, diz respeito a uma abordagem lingüística compatível a um funcionamento de cérebro. Vejamos:

**(M1)**

Ah, sem dúvida nenhuma, acho que as classificações deveriam ser revistas, né? E aí acho que elas deveriam ser revistas sob novas abordagens tanto neuropsicológicas como neurolingüísticas. Eu acho

que essa abordagem discursiva da linguagem foi um bom passo, mas ainda não foi feito inteiramente. O que existe na realidade, nós não podemos separar as coisas, existe o fenômeno lingüístico, psicológico, cerebral e um ser social atuando nele, então você não pode isolar só o lingüístico. Então, uma abordagem discursiva eu acho interessante, porque ela (S.I) o lingüístico de um ser em interação social, porque a linguagem é para isso. Agora, o que eu integraria nisso aí seria uma abordagem cerebral, uma abordagem neuropsicológica, porque ela impõe restrições, restrições de funcionamento. Então, a gente poderia imaginar que a linguagem e o discurso, que eles ocorrem no cérebro. (S.I.) É nível neurofisiológico. Agora, nível neurofisiológico trabalha com códigos, e os códigos mais primitivos são os potenciais de ação. Cada via neural tem suas vias de ação características, que são codificadoras de informações, são pistas neurofisiológicas. Aí vem a base para construir conceitos ...

Já o médico M2 sente necessidade de uma mudança, ainda que não especifique em que termos:

**(M2)**

Olha, reformular, sim, mas não tenho o menor conhecimento para isso. Mas eu acho que sim.

Todas as fonoaudiólogas responderam que não sentem necessidade em reformular a classificação, justificando essa posição da seguinte maneira: para F1, a classificação auxilia a interlocução e o contato entre os profissionais; para F2, a classificação está constantemente em mudança; F3 argumenta que a classificação não faz parte de sua prática clínica e, por isso, não sente necessidade em reformulá-la; F5 não sente necessidade de reformular as classificações porque o problema não estaria na classificação em si, mas no ato de classificar. Vejamos abaixo:

**(F1)**

Agora, eu também não vejo muita necessidade em reformular a classificação tradicional das afasias, com qual objetivo? As classificações cabem dentro do meu trabalho por causa da conversa com outros profissionais, na hora que precisa redigir alguma coisa, todo mundo sabe o que estou falando, p.ex: uma afasia dinâmica. Não que isso, o nome, vai me dar um suporte para o meu tratamento.

**(F2)**

Eu acho que a gente reformula as classificações todos os dias, na medida que a gente descreve. A gente tem costume de dizer “ ele tem característica de Broca”, mas... Eu acho que estas reformuladas são constantes.

**(F3)**

A classificação para mim não é importante

**(F5)**

Não, porque eu acho que na verdade seria fazer a mesma coisa, seria trocar seis por meia dúzia. Porque você estaria dentro do mesmo paradigma. Se você pensa em reformular as classificações é porque você acha que as classificações são necessárias, que a classificação é pertinente, só que a classificação não é adequada. Está implícito que se você vai reformular você aceita a classificação como alguma que seja válida. Então eu acho que qualquer tipo de reformulação vai ficar no mesmo paradigma.

O que pode ser comentado em relação a essa pergunta do protocolo é que classificar, dentro dos parâmetros que a teoria impõe, pode não fazer mais sentido para a prática clínica. No caso da linguagem, se seu estudo ainda estiver ancorado em concepções localizacionistas – não podemos esquecer que é com base nesta concepção que a afasia vem sendo classificada desde o século XIX - o fato de não classificar acaba sendo um procedimento que não alterará a sua prática. Prática clínica e classificação, novamente, ficam como sendo dois procedimentos distintos e independentes.

Na sétima pergunta - O diagnóstico do paciente pode ser reformulado? Em que medida? – os médicos (M1) (M2) e (M4) acreditam que o diagnóstico é passível de mudanças. Já o médico (M3) acredita que, do ponto de vista médico, o diagnóstico não muda:

**(M3)**

O paciente, você faz uma hipótese que ele tem uma afasia, em cima disso eu faço um passeio etiológico, ou seja, o que está por trás. Por ex., um AVC, aí você pede um exame de imagem. Se ele tem uma afasia não fluente...uma afasia transcortical motora, eu espero uma lesão numa determinada região, depois ele tem outra. Do ponto de

vista estritamente médico, na conduta para o AVC, acho que não vai mudar. Do ponto de vista semiológico, eu sempre gosto de verificar se há correlação anátomo-clínica adequada. Então, eu sempre presto atenção e, às vezes, a gente cai do cavalo. A classificação faz parte do princípio da Neurologia. A gente aprende buscando a correlação físico-patológica. Não existe uma classificação perfeita.

Todas as fonoaudiólogas disseram que não mudam o diagnóstico, ou porque é o médico quem o faz (F3), ou porque a mudança de tipologia não faz diferença, o que importa são as condições de uso da linguagem (F5). Afirma-se, ainda, que, apesar de haver mudanças do ponto de vista da linguagem, o diagnóstico continua o mesmo (F2). Vejamos:

**(F2)**

Não, o diagnóstico não muda, apesar de haver evoluções do ponto de vista da linguagem.

**(F3)**

Na minha prática, a da DERDIC, a grande porcentagem dos médicos estão muito atentos à questão da linguagem. Mas em consultório, os médicos não acham que os fonoaudiólogos tenham que classificar, o diagnóstico já vêm dele; assim, eu não mudo o diagnóstico.

**(F5)**

Aí... é uma falácia. Eu acho que a pessoa, o sujeito afásico, ele pode de alguma forma melhorar as suas condições de estar utilizando a linguagem socialmente. Agora, se essa mudança significa uma mudança na tipologia, se você vai ter outras qualidades, digamos assim, da linguagem do sujeito... Para mim, não importa se vai evoluir de Broca para anomia – porque isso é muito descrito, né? Então você tem uma afasia mais severa, uma afasia do tipo Broca e vai para uma anomia. Não me importa, o que me importa é como ele está respondendo, como ele estava no início, logo que a doença aconteceu. Depois, como ele vai respondendo ou interagindo mais ou menos...

A proposta desta pergunta era ver se os profissionais vão reformulando seus diagnósticos através da evolução ou da regressão do quadro clínico e se isso coloca problemas para a classificação e a constelação semiológica do quadro afásico apresentado pelo paciente. Se o uso da linguagem não estivesse apartado do funcionamento cerebral e de uma teoria que abarcasse

essas duas questões, talvez a classificação, bem como a necessidade de sua reformulação, ficassem mais presentes nos arrazoados.

Para a oitava pergunta - Normalmente, há alguma discussão entre médico e terapeuta sobre o diagnóstico? – os médicos (M2) e (M4) responderam que há pouca conversa entre os profissionais; (M1) diz que não há conversa entre eles, como se fossem trabalhos isolados. (M3) diz que na sua prática clínica, conversa bastante com a fonoaudióloga de sua equipe.

**(M1)**

Não existe, parece que trabalham separadamente.

**(M2)**

Algumas vezes sim. Não é muito comum. Às vezes acontece de se falar sobre intensidade: está muito ou pouco espástico ou a alteração de deglutição não é importante ou é importante

**(M4)**

As poucas vezes que tem essa discussão é importante para o paciente, onde eu acho uma coisa e a fono acha outra. Às vezes o paciente tem uma anomia e a fono diz que ele tem uma agnosia, isso acontece.

Já as fonoaudiólogas (F1), (F2), (F3) e (F5) disseram que, conforme a necessidade do caso, sempre conversam com os médicos para discutir o diagnóstico. A fonoaudióloga (F4) argumentou que só conversa com outro profissional, no caso o médico, quanto o diagnóstico dado por ele tem caráter de prognóstico, ou, ainda, quando há problemas convulsivos.

**(F4)**

Eu só procuro um neurologista quando tem problemas convulsivos ou quando está com um medicamento que claramente está interferindo no nível atencional. Nunca liguei para o neurologista para discutir a tomo. Outra coisa é quando na tomo além do AVC a gente vê marcas de atrofia posterior cortical e que nem o radiologista e nem o médico viram.

De uma maneira geral, do modo como os profissionais responderam a essa pergunta, a função principal do diagnóstico é a possibilidade que ele abre para a interlocução entre os profissionais.

#### **4.4 – Contradições, conflitos e enfrentamentos em relação ao método clínico: retomando os enunciados dos entrevistados sobre a classificação.**

Por meio do protocolo de perguntas, pudemos observar questões bastante interessantes que dizem respeito, tanto aos conflitos quanto à reiteração das classificações obtidas a partir dos enunciados dos entrevistados. Encontramos enunciados que se reportam, a respeito do método clínico, às idéias de Canguilhem (1995) - a relação entre normal e patológico – às de Foucault (1980) – com respeito à redução nominalista do olhar clínico - e às de Zarifian (1986/1989) – o diagnóstico como um canal de comunicação entre os profissionais e como critério de comparação entre pacientes. As histórias da Afasiologia e das classificações também se mostram presentes em seus enunciados, podendo, muitas vezes, justificar a permanência, os conflitos e as críticas em relação a determinados métodos clínicos. Dessa maneira, é interessante destacar alguns dos enunciados, a fim de ressaltar temas importantes que contribuirão para a conclusão deste trabalho. Vejamos:

**A necessidade da correlação anátomo-clínica:** Nos enunciados expostos abaixo, a correlação anátomo-clínica é fundamental para o entendimento dos casos clínicos. Isso vai de acordo com o paradigma clínico do século XIX, a teoria localizacionista, a correlação anátomo-clínica, a relação lesão-sintoma e sua derivação semiológica/sintomatológica.

“Então, como neurologista, o meu objetivo primeiro é localizar a lesão no cérebro... Eu sei que se o problema é fonológico ou morfossintático, eu sei que a lesão dele é perisilviana”.

## **M2**

“O que me interessa é a relação entre lesão e linguagem, essa vinculação”

## **M3**

“Então, com base nesse binômio, fluência e repetição, eu poderia ter, quem sabe, uma informação com um certo valor localizatório, não absoluto, mas poderia contribuir para o diagnóstico localizatório.

## **M3**

“O paciente, você faz uma hipótese que ele tem uma afasia, em cima disso eu faço um passeio etiológico, ou seja, o que está por trás. Por ex., um AVC, aí você pede um exame de imagem. Se ele tem uma afasia não fluente...uma afasia transcortical motora, eu espero uma lesão numa determinada região, depois ele tem outra. Do ponto de vista estritamente médico, na conduta para o AVC, acho que não vai mudar (se referindo a classificação). Do ponto de vista semiológico, eu sempre gosto de verificar se há correlação anátomo-clínica adequada. Então, eu sempre presto atenção e, as vezes, a gente cai do cavalo. A classificação faz parte do princípio da neurologia. A gente aprende buscando a correlação físico-patológica.

**Conflito em relação à correlação anátomo-clínica:** Aqui vamos encontrar enunciados que, mesmo fazendo parte de um determinado paradigma clínico, a concepção localizacionista do cérebro, apresentam conflitos com a semiologia das afasias no sentido de ela não dar conta da relação direta entre lesão e sintoma lingüístico. Embora a correlação anátomo-clínica seja um componente bastante forte na busca de um diagnóstico, percebe-se que a localização da lesão não é suficiente para classificar o tipo de afasia; o próprio uso da linguagem pode derrubar o sintoma esperado para aquela lesão, de modo que existe uma busca de um método clínico que seja coerente com as concepções teóricas não localizacionistas.

## **M1**

“A questão de classificação, essa classificação clássica, elas, embora, contribuam para os neurologistas quanto aos parâmetros fundamentais, mas não separa exatamente, porque você pode ter

uma afasia tipo “Broca light” com lesão mais posterior e uma afasia mais “Wernicke light” com uma lesão mais anterior”.

## **M2**

“Se você for olhar, quanto mais detalhada uma classificação, provavelmente, mais inadequada ela é para a linguagem. Provavelmente, porque a gente não sabe o suficiente sobre a linguagem para classificar. Na linguagem existem muitas exceções. É preciso saber para que você está classificando. Se é para a pesquisa, se está procurando um determinado tipo particular de pessoas com distúrbio de linguagem. Aí não tem jeito, você vai poder pegar as escalas. Agora, se você está querendo para a clínica, aí você vai ter problemas. Claro que qualquer classificação, qualquer, se você procura o suficiente, você vai encontrar casos típicos, que são típicos daquilo que a classificação diz, como, também, você vai encontrar casos que não se enquadra muito bem em nenhuma das categorias das classificações. Neste sentido, a classificação foi útil para isso, para selecionar grupos específicos de pessoas. Mas, para a linguagem, ela ainda é ruim.”

## **M3**

“Mas, o que eu uso mais é a alteração mesmo, uma fenomenologia básica do impacto que a lesão tem no dia-a-dia . O que é mais importante que a terminologia é o quanto isso prejudica o indivíduo. Do ponto de vista mais semiológico, eu procuro ver as alterações de linguagem.”

## **M3**

“As vezes, a anatomia engana a gente.”

## **M3**

“Eu identifico uma afasia, eu identifiquei uma lesão numa área terciária, numa área secundária, que num exame neurológico mais cru não me mostra. É isso que me importa, porque a classificação em si é um prazer de você estar matando uma charada. Mas não é uma coisa prática que vai me resolver um problema de conduta.”

## **F2**

Eu tento examinar de todos os ângulos. Eu tento não olhar para a lesão e tento ver o que a linguagem dele me diz. Depois eu vou ver aonde o indivíduo tem lesão, aonde está e o que é. Mas primeiro eu olho a linguagem. Aliás, eu gosto de fazer este exercício, porque muitas vezes a gente caiu do cavalo: aquele sujeito com problema de compreensão enorme apresenta lesões anteriores. Tem algumas “sedes” de lesões ou estruturas anatômicas que nunca tinha sido mexido, eu falo do pré frontal.

## **F3**

Os procedimentos que eu tenho utilizado não levam em conta uma classificação... Isso já é um jeito de falar que me oponha a uma tipologia rígida, porque ela não contempla nem o heterogêneo do sintoma, nem a singularidade do sujeito.

### F3

Agora, o que eu acho que, teoricamente, é possível se discutir que esta relação lesão x sintoma não é uma relação de causalidade, no sentido estrito do termo, pensando que a causalidade é um tema pra lá discutido na filosofia e que em todas as clínicas, acaba retornando o pensamento causal ou se não é necessário para a própria configuração da clínica, romper com o raciocínio causal.

### F4

Se a gente for pensar em falha de evocação, é um sintoma que pode ter várias naturezas. Então o que acontece, num sintoma, ele aparece muito parecido, se eu fosse fazer um teste, as coisas acabam caindo tudo no mesmo saco.

### F4

Para mim, as classificações não são importantes para o meu trabalho terapêutico. Eu parto de outro princípio, o que vai me importar é como o indivíduo se expressa, mesmo tendo uma lesão.

### F5

Bom, eu acho que o olhar é sobre a linguagem do sujeito e aí a depender, se eu vou conversar com a família, não importa, entendeu, embora os pacientes cheguem com isso: onde é que está, o que é aquela mancha que tem lá (se referindo a tomografia), então se diminuiu ou não em relação à ressonância anterior... Agora tem uma coisa que é importante, no cérebro a gente tem lesões corticais ou sub-corticais e lesões de tronco cerebral, eu acho fundamental, muitas vezes, a gente perceber essa diferença. Porque lesões de tronco cerebral muitas vezes elas dão um acometimento ou um distúrbio mais associados a questões disártricas, em função de todas as terminações, as saídas dos nervos cranianos, o tronco cerebral é fundamental para as funções neuro-vegetativas.

**O histórico conceitual sobre as classificações na Afasiologia:** Nos enunciados abaixo, há marcas da história da Afasiologia. Neles, a classificação é uma forma de conhecimento, pois é pela classificação, resultado de um método clínico, que se nominaliza o fenômeno e, segundo Porter (1993), “diminui-se a ansiedade da ignorância”.

**M1**

“Quando a gente trabalha com qualquer objeto com qualquer fenômeno, a classificação é natural. Para você reconhecer uma coisa você tem que classificar, você termina de certa maneira classificando, porque as coisas elas não existem de maneira casual, porque as coisas são fenômenos que se repetem; existem como espécies, (S.I.) cada espécie. O mundo é organizado, nós não podemos fugir disso. Então, o princípio de todo o conhecimento começa na classificação, depois com a observação superficial, você começa a notar as diferenças entre diferença e semelhanças e aí já é o ponto para a classificação, não é?”

**F5**

Então é aquela questão de nomear é conhecer, então você classifica para poder controlar a coisa. Então, eu acho que a classificação está mais a serviço do próprio terapeuta, no sentido de dizer: “não, eu sei o que este paciente tem” do que pro próprio paciente.

**Necessidade de reformulação das classificações:** No enunciado abaixo, a necessidade em reformular as classificações diz respeito a uma semiologia das afasias que envolvem um conhecimento híbrido, onde se incluem várias áreas de interesse, tais como a Neurologia, a Neuropsicologia, a Neurolingüística, a Lingüística, a Fonoaudiologia, a Psicologia e a Sociologia.

**M1**

“acho que as classificações deveriam ser revistas, né? E aí acho que elas deveriam ser revistas sob novas abordagens tanto neuropsicológicas como neurolingüísticas. Eu acho que essa abordagem discursiva da linguagem fazem um bom passo, mas ainda não foi feito inteiramente.”

**M3**

Quando eu estava no Canadá, embora eu não trabalhasse especificamente com a classificação, na área que eu trabalhava lá, eu fiquei imerso neste ambiente de discussões e discussões, com lingüistas, fonoaudiólogos, psicólogos e neurologistas. E eu sei que tem pessoas lá que vivem isso no dia-a-dia. Não é uma coisa que me incomoda de forma nenhuma. Eu sei que ela tem falha, eu já senti essas falhas também, não tanto em ambulatório, de consultório que tem um impacto menor, mas do ponto de vista de discussão teórica.

**Sobre a avaliação quantitativa:** É um dos procedimentos do método clínico para se chegar a uma classificação, quando o objetivo do investigador é analisar pacientes entre si ou grupos de pacientes, no sentido de agrupá-los pela semelhança ou diferença, tal como aponta Zarifian (1986/1989).

**M3**

“Eu acho que é possível avaliar a linguagem de forma quantitativa. Eu acho que isso ajuda para você a evolução de um quadro ou a piora. Ou um determinado processo de tratamento, quer seja ele reabilitação, quer seja ele até uma tentativa de tratamento farmacológico.”

**M2**

Eu acho duas coisas sobre a avaliação. Você pode fazer uma avaliação formal, a psiquiatria faz muito isso. Agora, se a pergunta é se a linguagem pode ser reduzida a escalas? Eu acho que para alguns aspectos pode, mas você não consegue pegar o todo. Isto mostra duas coisas, primeiro que o teste não revela tudo e, segunda coisa, que as escala tem uma utilidade; ela não é a linguagem e ponto. Na melhor das hipóteses, ela avalia alguns aspectos determinados da linguagem.

**M4**

Eu acho que a linguagem é possível se quantificar. Tem afasias mais severas e outras mais leves. Eu não faço este tipo de medida, eu não quantifico, mas obviamente que o indivíduo é capaz de nomear 20 objetos e o outro consegue 5 e um outro, ainda, consegue nomear só um, obviamente que há uma diferença aí. Se quer saber, é o fonoaudiólogo que gosta de quantificar. Eu acho que a medicina cresceu tanto, há tanta informação que a pessoa que quiser tudo sozinha, vai fazer mal feito. O fonoaudiólogo para saber se o indivíduo está melhorando, precisa de uma medida, obviamente, não é uma questão do neurologista. Obviamente, o que me interessa, que meu cliente está melhorando, mas a minha preocupação é saber o que melhorou qualitativamente.

**F2**

Eu não sou escrava dos testes e dos números. Quem vai interpretar o teste sou eu. Então ele está a meu serviço, quando eu quiser, eu o jogo fora. Então, eu não tenho nenhum compromisso como o número que ele me dá, porque quem interpreta sou eu.

É interessante perceber que os sujeitos citados têm como critério de avaliação, tanto no procedimento clínico, como no terapêutico, a quantificação dos fenômenos alterados. Embora eles recorram à quantificação

como uma medida de análise objetiva, como explicitam em suas falas, a análise qualitativa também faz parte de seus procedimentos clínico-terapêuticos, quando o foco for a explicação sobre a melhora (ou piora) do fenômeno observado.

**A classificação como conversa entre os profissionais, não como instrumento do trabalho terapêutico:** Como vimos no terceiro capítulo, Zarifian (1986/1989) já discutia a classificação como sendo uma espécie de moeda lingüística entre os profissionais, como é possível observar nos enunciados abaixo.

**M3**

Se eu falo assim: “eu estou te encaminhando um paciente afásico, é completamente diferente se eu disser que tem uma afasia de Broca, porque ele vai ter que levar isso em consideração. Tem esse grande valor de uniformizar o vocabulário.”

**F1**

As classificações cabem dentro do meu trabalho por causa da conversa com outros profissionais, na hora que precisa redigir alguma coisa, todo mundo sabe o que estou falando, p.ex: uma afasia dinâmica. Não que isso, o nome, vai me dar um suporte para o meu tratamento.

**F2**

A classificação pode ser um ponto da discussão. As nossas linhas terapêuticas, elas raramente levam em conta as classificações.

**Métodos e procedimentos: clínica X terapia:** Nos enunciados abaixo, veremos que existem interesses e procedimentos distintos dos médicos e dos fonoaudiólogos a respeito do método clínico e do compromisso com a classificação. Há aqueles que acreditam que a classificação é um indicador do trabalho terapêutico; outros, que a classificação é dada pela lesão ou pelo sintoma lingüístico; há ainda os que não classificam nos moldes tradicionais, porém não abdicam de uma semiologia tanto da linguagem como do cérebro, para poder fazer a sua própria descrição clínica do caso, de modo que a

linguagem tida como patológica não pode ser analisada como algo isolado do funcionamento como um todo, tal como advoga Canguilhem (1995).

**M4**

Como já disse, a conduta terapêutica independe da classificação do ponto de vista médico.

**M4**

A classificação acho que é mais importante para os fonoaudiólogos que para os médicos.

(Img) Por que?

(M.) Porque, para você, o trabalho terapêutico não seria diferente se o sujeito tem uma afasia de Broca ou de Wernicke?

**F1**

Os médicos, não dá para generalizar, mas os médicos pegam uma tomografia e diz: “esse sujeito tem uma afasia de Wernicke ou de Broca”. De forma alguma eu faço isso, até porque não é a lesão que vai dizer sobre o quadro do paciente. É pela avaliação de linguagem que eu vou classificar o meu paciente.

**F3**

E um caso de afasia só chega para a gente porque, exatamente, a gente é delegada uma outra intervenção. Eu acho que a gente precisa pensar que a linguagem não é entendida da mesma forma que entende o médico.

**F4**

Eu não classifico, eu faço uma análise mais descritiva do quadro.

**F5**

Você pode flagrar no início do contato, do vínculo algumas questões pertinentes à linguagem, dificuldades do sujeito e muitas vezes você faz um relatório para um médico, eu não vou te dizer que não, eu acabo fazendo uma descrição, eu sempre faço uma transcrição de dados para por mostrar, muito mais no sentido de dizer, como eu ou o outro interlocutor pode interagir de uma maneira melhor com esse sujeito.

#### **4.5 - Comentários gerais**

Antes de finalizarmos este capítulo, gostaria de sistematizar e refletir sobre os comentários que foram levantados por meio do protocolo:

- Os procedimentos clínicos e a atitude frente às classificações não são homogêneos entre os profissionais. Para as fonoaudiólogas, são os

problemas de linguagem que lhes interessam, é a questão terapêutica, reabilitadora, que está em foco; para os médicos, o compromisso está relacionado com a clínica, com a classificação e com o diagnóstico. São modos diferentes de atuar frente ao fenômeno afásico, invocando o método clínico de forma distinta. Há, também, como argumenta F3, profissionais que não necessitam de uma classificação para auxiliar a sua prática clínica/terapêutica, na medida em que há aspectos subjetivos, sócio-culturais e cognitivos, em contextos historicamente delineados e interativamente construídos, que não são levados em conta nas classificações existentes.

- A prática médica, ao classificar, está interessada principalmente no diagnóstico, no diálogo entre os profissionais e na explicação objetiva a ser dada à família do paciente. Já em relação à prática fonoaudiológica, seu interesse está na abordagem terapêutica. Além disso, é importante perceber que os profissionais entrevistados, ao discutirem a classificação, o que discutem de fato é a semiologia das afasias e esta semiologia não pode ser reivindicada apenas pela Lingüística. Como já foi dito anteriormente, uma semiologia das afasias, além de considerar questões que dizem respeito à linguagem, leva em conta também o funcionamento cerebral e os aspectos cognitivos.

**(M3)**

“Eu acho que ela auxilia muito a conversa entre os profissionais. Um colega neurologista ou um profissional da saúde médica, que fale mais ou menos sobre a afasia de Broca, a pessoa do que se está falando. Então eu acho que isso acaba tendo um valor que não é pequeno. Se eu falo assim: “eu estou te encaminhando um paciente afásico, é completamente diferente se eu disser que tem uma afasia de Broca, porque ele vai ter que levar isso em consideração. Tem esse grande valor de uniformizar o vocabulário. A limitação é essa: às vezes você tem uma classificação e você fica se obrigando a teu paciente a entrar dentro da classificação. Graças a Deus, eu não tenho tanto esse problema, porque a questão do qual eu vivo dia a

dia; tem pessoas que sofrem porque não conseguem encaixar. Eu acho que exceções ocorrem, tanto exceções importantes que você imagina pela sua avaliação e, principalmente, pela avaliação do fonoaudiólogo, que vai ter uma lesão no lugar X que exceções ocorrem, quantos indivíduos não se encaixam perfeitamente. Eu acho que, de uma certa forma se pode fazer uma classificação com todos essas..., pode usar uma nomenclatura (S.I.) afásico com todos essa limitações que tem, mas pelo menos já tem uma vantagem de facilitar a comunicação.

**(F4)**

O que eu faço é um relatório e descrevo o quadro, inclusive relacionando à natureza do problema que eu consigo detectar. Aí os neurologistas me perguntam: Que tipo é de afasia? Aí eu falo, tem uma predominância, p.ex., na atividade enunciativa, às vezes, até uso expressiva, mas tem também problema interpretativo, etc. etc.. Para os neurologistas não interessa muito estas coisas, porque o objetivo deles não é terapêutico.

O que foi possível verificar é que através do chamado método clínico, o médico “vê” onde o sintoma se localiza. O que interessa ao médico, que tem por princípio um método classificatório – em que a relação causa e efeito ainda se mostra muito presente - é enxergar a doença de forma objetiva, e esta pretensa objetividade subtrai os traços de subjetividade histórica dos pacientes. É como se o doente estivesse apartado de sua doença, de modo que o sintoma se refere às formas de apresentação imediata e mais “visível” da doença e que se mostram “espontaneamente” ao olhar do médico. Como já pudemos observar, esse procedimento faz parte de uma prática herdada do século XIX, segundo a possibilidade de representá-lo num sistema de nomes. Nas palavras de Foucault:

As coisas e as palavras estão muito rigorosamente entrecruzadas: a natureza só se dá através do crivo das denominações e ela que, sem mais nomes, permaneceria muda e invisível, cintila ao longe, por trás deles, continuamente presente para além desse quadriculado que, no entanto, a oferece ao saber e só a torna visível quando inteiramente atravessada pela linguagem.”(Foucault, 1966/1995:145)

Segundo Moisés (2001), o médico, através de seu olhar clínico, simboliza um olhar que sabe e que decide, apoiado pela instituição da qual faz parte e que lhe confere poderes:

O sintoma refere-se às formas de apresentação imediata da doença; as formas mais visíveis e que se mostram espontaneamente ao olhar. Tosse, febre, dores é a transcrição mais imediata e visível da natureza da doença, que jamais se coloca diretamente em visibilidade. A doença desenvolve um jogo de desenvolvimento/ocultamento sob os sintomas, um jogo de claro/escuro, de visível/invisível. (Moisés,2001:158)

Isso, talvez, nos faça pensar que as raízes epistemológicas da avaliação e da classificação se dão não só para aquilo que é visível, como também para aquilo que é nominável. A possibilidade da classificação, assim, fica sendo possível, porque se parte da crença de que o visível desvela o invisível, deixando de existir o jogo do claro/escuro, visível/invisível. “Abole-se a invisibilidade de certos campos ao olhar clínico. A total identidade entre significado e significante constitui pressuposto essencial dos testes padronizados” (Moisés,op.cit:159). É importante lembrar que a classificação é feita através de testes padronizados – que, historicamente, tinham como objetivo localizar as lesões cerebrais – também fundados no método clínico que não considera as individualidades dos sujeitos, mas a concepção de normalidade, de coletividade e, principalmente, de quantidade. Cruz (2004), em seu estudo sobre as relações entre linguagem e memória nas doenças de Alzheimer, crítica a maneira como a linguagem é requerida na investigação médico-clínica. Vejamos:

Em contraposição a um esquema rígido e fechado de perguntas e respostas, podemos pensar nas práticas que voltam sua atenção para o sujeito que fala, reflete sobre seu estado patológico. Nesses casos, as concepções e as verdades devem ser repensadas e os métodos estatísticos já não dão conta de prever a correspondência entre sintoma e o quadro de critérios previamente estabelecidos. A expectativa do método clínico é que a linguagem veicule uma verdade, mas esta verdade pode ser interpretada, subjetivada. (Cruz, 2004:77)

Tendo em vista o resultado desta pequena, mas significativa, amostra a respeito do que os profissionais da saúde pensam sobre a classificação das

afasias, o que se observa é que a classificação ainda continua em voga, porém nem sempre nas mesmas bases em que se forjou nos séculos anteriores, não só no que diz respeito à concepção que se tem sobre a linguagem – o seu caráter denominador, localizatório e quantificável - como também pelo modo de avaliá-la. O espaço taxionômico da visibilidade deixa de ser o fundamental, pois segundo as falas dos profissionais entrevistados, tanto os testes como as classificações “dão apenas uma visão inicial” do que se espera encontrar sobre aquele quadro afásico.

Vemos, assim, que as instituições que sustentam uma prática nominalista, classificatória, e que determina um certo “olhar clínico” herdado dos séculos anteriores, estão sendo “derrubadas”, segundo as falas desses profissionais entrevistados, pela própria prática clínica, além de sofrer influência das teorizações neurolingüísticas e neuropsicológicas nas atuações de inclinação externalistas. Apesar de eles ainda se utilizarem de rótulos que as classificações propiciam, é interessante notar que estes rótulos não visam uma taxionomia “fechada”, mas visam, principalmente, uma explicação que terá que ser dada ao paciente e aos seus familiares.

Outro ponto que pode ser levantado a partir do protocolo de entrevista diz respeito às distintas maneiras pelas quais os profissionais fazem uso das classificações. Médicos e fonoaudiólogos possuem objetivos diferentes para essa prática: para os médicos, o objetivo é clínico-diagnóstico. Já para as fonoaudiólogas, o objetivo é terapêutico. Ao classificar, os médicos estão preocupados com o diagnóstico, com a localização da lesão e, também, com o sintoma lingüístico; chegam a afirmar que é a linguagem, e não a lesão, o que mais levam em conta. Contudo, os profissionais acabam tendo interesses distintos em relação à linguagem. Enquanto para os médicos a linguagem auxilia a construção de um diagnóstico, para os fonoaudiólogos, é a linguagem (ou a sua alteração) que vai possibilitar o trabalho terapêutico. Como os próprios médicos dizem, o objetivo do médico não é terapêutico, no sentido da reabilitação de formas lingüístico-cognitivas. Já para os fonoaudiólogos, o que se espera das classificações é que elas sirvam como um canal de diálogo entre os profissionais, já que, para as suas condutas terapêuticas, as classificações,

segundo o que se viu, não dão subsídios para tal. Além disso, é importante salientar que os profissionais entrevistados, tanto os médicos (M1), como os fonoaudiólogos (F3, F4 e F5), que admitem uma abordagem mais interativa e discursiva da linguagem, consideram que a função da classificação em suas práticas clínicas não é tipologizar, mas servir como “instrumento” teórico e técnico para a construção de um diagnóstico. A tipologia, contudo, não deixa de ser um elemento inalienável do método clínico.

De todo o modo, a título de conclusão, gostaríamos de salientar, na fala dos entrevistados, que a heterogeneidade lingüística, apesar de ser dado inerente ao fenômeno lingüístico, na maioria das vezes, não é considerada nas classificações das afasias. Vejamos:

**(F3)**

O que eu chego é: na fala do afásico, que tipo de acontecimento pode ser entendido como patológico ali e isso, de todo jeito, vai dar numa direção para o tratamento. Isso já é um jeito de falar que me oponha a uma tipologia rígida, porque ela não contempla nem o heterogêneo do sintoma, nem a singularidade do sujeito.

Dessa maneira, apesar de vários profissionais utilizarem os dos testes avaliativos e classificatórios para chegar a um diagnóstico, é possível notar que existe uma parcimônia no uso desses testes, de maneira que a homogeneidade lingüística é uma questão que está sendo considerada por esses profissionais.

Em função dos dados coletados do metadiscurso clínico, notamos que existe uma “vontade”, por parte dos profissionais entrevistados, de modificar o método clínico, e isso tem a ver com as mudanças teóricas que envolvem essa classificação híbrida que é a da afasia. No século XX, houve um avanço tecnológico no que diz respeito aos procedimentos médicos, principalmente nos métodos neuroimagéticos. Na lingüística, o avanço se deu, não só dentro da própria teoria lingüística – ao considerar a língua não mais como um sistema fechado – como, também, na aproximação com outras áreas de interesse, como a Psicologia, a Sociologia, a Neurologia. Dessa maneira, existe um “chamado” para um método clínico que abranja estas modificações

teóricas, processo este que se dá tanto nas academias, como nas práticas clínicas.

## COMENTÁRIOS FINAIS

“Com relação ao que ocorre com a linguagem de afásicos ou de sujeitos cuja linguagem tenha sido afetada por algum dano córtico-cognitivo, as discussões em torno do *pathos* da linguagem estão sempre marcadas – ao longo de nossa trajetória científico-filosófica – por um discurso logocêntrico, cujo compromisso com a questão da referência tem sido reduzido ao referencialismo, ao conhecimento metalingüístico do mundo, à busca da presença da lógica *na* linguagem (em detrimento de uma lógica *da* linguagem). Para muitos esta seria a grande perda sofrida pelo sujeito afásico: a capacidade de, através da linguagem, localizar (e localizar adequadamente!) os objetos do mundo, ou os “objetos do discurso” (Cf. Mondada & Dubois, 1995) – se quisermos fugir às clássicas dicotomias, como língua/ exterioridade ou linguagem e mundo. Como ponderei no artigo anterior (2000), a linguagem cuja perda é lastimada é, na verdade, uma fantasmagoria, fruto de uma percepção idealizada que os homens têm feito de si mesmos, de seus cérebros e de seus comportamentos”. (Morato 2001:5)

Nos quatro capítulos anteriores, procuramos fazer uma reflexão sobre os lugares de *institucionalização* da classificação das afasias no âmbito das práticas clínicas, bem como no interior do metadiscurso clínico-científico.

Uma série de reflexões surge como desfecho deste trabalho, em especial se somos instados a pensar em uma Neurolingüística socio-cognitivamente motivada, isto é, não atinente a perspectivas localizacionistas, estruturalistas e cognitivistas, ancorada nas relações solidárias entre linguagem, cognição e vida social. A partir desse ponto de vista, a “atitude” frente à classificação (cf. Tort (1989) modifica-se em função de uma teorização que considera as bases explicativas dos fenômenos em construção, não redutíveis à correlação anatomo-clínica e sintoma lingüístico. Além disso, tal atitude implica de algum

modo uma mudança na maneira de se conceber e fazer ciência, superando de alguma forma os limites da tradição positivista que marca historicamente o campo de estudos afasiológicos.

Pudemos observar ao longo deste trabalho que existem vários conflitos a respeito das classificações das afasias, tanto no que diz respeito ao seu estudo histórico, como no que se refere à percepção clínica atual. Vimos que o desconforto da correspondência anátomo-clínica é antigo, como demonstram os trabalhos de Freud, Luria e Jakobson, por exemplo, que, em diferentes campos, questionaram as tipologias fechadas das afasias.

Vimos também que a semiologia da linguagem não está apartada da classificação; esta vai-se modificando conforme o empreendimento da ciência lingüística e não só dela, mas também o das Neurociências. Com relação a esse ponto, vimos, a partir das falas dos profissionais entrevistados, que nas práticas clínicas, a classificação das afasias é tomada com o intuito original de se alcançar um diagnóstico, associando lesão com sintoma lingüístico. Este diagnóstico pode ter duas vertentes, considerando o que se observou nas respostas dos entrevistados: um enfoque clínico – subtraído de testes-padrão - a fim de informar “objetivamente” o paciente e seus familiares a respeito de sua enfermidade - ou um enfoque terapêutico. Neste último caso, a classificação acaba sendo considerada até mesmo como algo desnecessário, seja porque o modo de se conceber ciência é de alguma forma distinto ao do tradicional do campo; seja porque os achados práticos questionam fortemente as antigas classificações; seja porque são outros os procedimentos atualmente utilizados pelo método clínico para se chegar a uma classificação diagnóstica. Embora salte aos olhos atitudes e concepções bastante heterogêneas entre os profissionais entrevistados a respeito da classificação, há no discurso clínico uma homogeneidade “subjetiva” a respeito dela. Ou seja, os profissionais que dizem não necessitar da classificação para suas atividades clínico-terapêuticas não deixam de levar em conta a semiologia das afasias – ainda que sem grande preocupação de relacioná-la com a classificação. Tal questão é complexa porque supõe uma distinção entre semiologia (isto é, sintomatologia) e classificação.

Parece-nos, assim, que tanto no discurso científico – o dos ambientes acadêmicos – como no da clínica – o dos ambientes eminentemente práticos - o grande foco das críticas e dos conflitos está tanto na teorização como na classificação das afasias. No que diz respeito às classificações das afasias, e tendo em vista estes dois ambientes estudados, o método clínico é ainda marcado pelo correlacionismo, a despeito das várias realidades com as quais convivemos hoje em dia, tal como a evidência empírica da plasticidade cerebral ou a aproximação das Neurociências com a Lingüística mais externalista e com outras áreas das Ciências Humanas.

Dessa maneira, após identificarmos os conflitos, os paradoxos, as contradições tanto na academia como no metadiscurso clínico, é possível argumentar que a classificação nos termos em que ela é assumida atualmente, decorrente de um certo método clínico, parece ser inalienável a uma idéia de ciência forjada no século XIX. Contudo, o que está em foco em relação ao método clínico nas entrevistas que obtivemos é uma espécie de esgarçamento de seus pressupostos teóricos e práticos. Com isso, podemos perceber que o encaminhamento da questão da classificação das afasias não depende apenas do que ocorre tecnicamente no campo da Afasiologia, como as insuficiências relativas à correlação anátomo-clínica. O esgarçamento apontado nestes dois ambientes sobre o método clínico diz respeito à idéia de se fazer ciência, à idéia de como se dá o conhecimento sobre um determinado fenômeno.

Com base na pesquisa empírica feita com os sujeitos entrevistados, como também nas análises das formulações dos autores citados e nas teorias lingüísticas focalizadas neste trabalho, vemos que o modo de se fazer ciência e as fases mencionadas no método científico do século XIX (que tinham a observação, a descrição e a comparação como elementos integrantes constituídos) não são suficientes para entender o fenômeno lingüístico na sua abrangência. A linguagem como fenômeno humano é uma “atividade social, cognitiva, em contextos historicamente delineados e interativamente construídos” (Marcuschi, 2001), não podendo, dessa maneira, ser analisada como se analisam objetos distintos e estanques.

Apesar das evidências das ciências neuropsicológicas – começando com Head e, posteriormente, com Goldstein e Luria, a favor de uma perspectiva cognitiva para o funcionamento cerebral e contra o localizacionismo; apesar das modificações teóricas em todos os campos dedicados à afasia, atinentes ao método clínico, a participação das classificações, via de regra, ainda é a mesma. Porém, como pudemos observar nas falas dos sujeitos entrevistados, tanto a academia como as instâncias das práticas clínicas são espaços de questionamento, lugares em que a classificação pode ser colocada à prova, tratada como um mal necessário e, muitas vezes, até mesmo indefensável.

Classificar, então, para a Afasiologia, para a Neuropsicologia ou para a Neurolingüística, passou a ser um problema pelo fato de a linguagem ser um fenômeno humano complexo e heterogêneo, que convive com questões subjetivas que não podem ser medidas como objetos da natureza e com o peso da balança positivista. O método científico no qual se forja o método clínico impossibilita a visão da heterogeneidade dos fenômenos.

É nesse sentido que o estudo das classificações das afasias, no que diz respeito aos lugares institucionais, às academias e às práticas clínicas, nos mostra diferentes realidades de institucionalização das classificações. Na academia, as classificações tradicionais das afasias partem do princípio de que a classificação era baseada numa concepção localizacionista de cérebro compartimentado, baseada nas correlações anátomo-clínicas. Foi através dessa concepção de cérebro e de linguagem que grande parte da literatura das afasias (manuais, livros, compêndios, artigos) foram pautadas teoricamente. Na prática clínica, as bases explicativas alcançadas por meio do método clínico muitas vezes acabam não sendo suficientes para explicar na sua abrangência os fenômenos lingüísticos e cognitivos encontrados.

Dessa maneira, a refutabilidade de alguns princípios e leis se dá muito mais por uma abertura dos horizontes dos fenômenos, vistos por uma perspectiva teórica que dê conta dos fenômenos analisados, do que por uma mudança de paradigma. No caso específico do tema deste trabalho, vimos que com a evolução da ciência lingüística foi sendo gerado um novo foco para os fenômenos lingüísticos. Notadamente, essa mudança influencia tanto a

academia como as práticas clínicas, com a introdução de teorias que relacionam língua e sua exterioridade. No entanto, essas duas realidades institucionais das classificações das afasias, a academia - que está relacionada às teorias, aos livros, aos compêndios ou à ciência escrita de modo geral - e as práticas clínicas - que estão relacionadas à aplicação e à busca do diagnóstico e também à reabilitação - apresentam os procedimentos de análise basicamente da mesma maneira: fazem protocolo de perguntas, aplicam testes, organizam a semiologia das afasias, que por si só já é um princípio classificatório. Contudo, é no espaço da prática clínica e no da academia que os sujeitos entrevistados atuam e, por esse motivo, ocupam um lugar privilegiado para que estes dois ambientes sejam questionados. São exatamente nestes lugares institucionais, e por meio dos questionamentos, que as teorias fazem com que as práticas clínicas se movimentem, e estas, do mesmo modo, fazem com que as teorias sejam questionadas ou refutadas, exibindo as contradições de ambos os lugares. Os profissionais aqui entrevistados, por estarem no meio acadêmico e, ao mesmo tempo, manterem uma atividade clínica, propiciam de forma exemplar as complexidades, conflitos, contradições e esgarçamentos dos lugares institucionais da classificação das afasias.

O que nos parece interessante notar, por meio da pesquisa empírica, é que a classificação das afasias é apenas a ponta do “iceberg” para se chegar ao que está em risco ou questionado no método clínico, tanto no ambiente acadêmico, como no clínico. A classificação faz parte do método clínico, e o problema da classificação não está no ato de classificar, mas na explicação que se dá para este ato. Dessa maneira, é a explicação do ato de classificar que acaba sendo questionada. Isto é o que podemos ver, por exemplo, no trabalho de Novaes-Pinto (1992), em que a autora, ao questionar a entidade nosológica agramatismo, não se preocupa em destruir a classificação de agramatismo em si, mas em focalizar criticamente (e de forma alternativa ao gerativismo) os fenômenos lingüísticos apresentados sob essa nomenclatura.

Ao que parece, a classificação clássica das afasias permanece muito mais por uma compreensão da teoria das idéias do que pela validade científica. Assim, podemos dizer que nem na academia e nem na prática clínica há

lugares de estabilidade, pois são ambas práticas sociais, cujas condições permitem e fazem com que se movimentem. São exatamente esses lugares híbridos, academia e prática clínica, os lugares possíveis de transformação; esses dois lugares de institucionalização permitem um movimento de dupla mão para alguma mudança. Este movimento ecoa as reflexões de Lakatos:

Para resolver as anomalias, isto é, as inadequações entre previsões da teoria e as observações ou experimentos, o pesquisador tenta sempre modificar uma hipótese auxiliar ou uma condição inicial, em lugar de promover alterações no núcleo. As hipóteses auxiliares e as condições iniciais formam o que Lakatos chama de “cinto de proteção” (1970:133), já que elas funcionam protegendo o núcleo rígido<sup>35</sup> contra refutações. (*apud* Alvez-Mazzotti & Gewandszajder 2002:36)

Esta citação nos remete ao artigo já comentado no capítulo anterior, de Françoze & Albano (2004), em que os autores discutem se o cognitivismo foi de fato uma revolução kuhniana que desbancou o behaviorismo. Mais que uma mudança de paradigma, os autores concluem que foi a crítica no interior do próprio programa que motivou a produção de fatos novos dando lugar a outros programas de pesquisa, sem, com isso, mudar os pressupostos básicos ou, nas palavras de Lakatos, o seu núcleo rígido.

Considerando as questões históricas e metodológicas relativas ao ato de classificar e esse novo panorama complexo e indefinido que apontamos ao questionarmos o método clínico - não apenas em suas bases teóricas, mas também clínicas - e salientando seus pontos de insuficiências, delimitações e de conflitos com o atual conhecimento acerca do cérebro e acerca de uma perspectiva sócio-cognitiva da linguagem, podemos finalmente evocar as reflexões de Koch (2002) a respeito do referente como uma atividade cognitivo-discursiva e interacional.

“... a “realidade” é fabricada por toda uma rede de estereótipos culturais, que condicionam a própria percepção e que, por sua vez,

---

<sup>35</sup> Segundo Alvez-Mazzotti & Gewandszajder, (2002) “o núcleo rígido é formado, pelos princípios fundamentais de uma teoria. É ele que se mantém constante em todo o programa de pesquisa, à medida que as teorias são modificadas e substituídas por outras. Se houver mudanças no núcleo, estaremos, automaticamente, diante de um novo programa de pesquisa”(ibid:36).

são garantidos e reforçados pela linguagem, de modo que o processo de conhecimento é regulado por uma interação contínua entre práxis, percepção e linguagem.” (Koch (1986/88:77)

Segundo Koch, é nos aspectos que dizem respeito à relação entre a linguagem, vida social e a cognição que os sujeitos se apóiam e trabalham para dar representabilidade às coisas do mundo.

A título de conclusão, vemos, então, que a maneira como agimos diante do processo de classificação faz parte de um “modo histórico da construção do olhar clínico” (Geraldi, 2001): desde Platão, que ficou admirado com a semelhança entre os fenômenos da natureza, chegando à conclusão que “por cima” ou “por trás” de tudo o que vemos à nossa volta há um número limitado de formas às quais deu o nome de idéias. Dando continuidade a este pensamento, mas discordando de Platão, Aristóteles acreditava que as idéias não eram inatas e sim a nossa capacidade de ordenar todas as nossas impressões sensórias em diferentes grupos e classes. Para Aristóteles, quando conhecemos as coisas, nós as ordenamos em diferentes grupos ou categorias. Segundo ele, a classificação faz parte do comportamento do ser humano para o seu entendimento do mundo. No que se refere à classificação das afasias, o mesmo acontece. Porém, diferentemente do que se pensava anteriormente, a classificação nos dias de hoje, a julgar pelas necessidades práticas e pela complexidade da relação entre cérebro, cognição e linguagem, apontadas de uma forma ou de outra pelos profissionais que entrevistamos, não pode ser algo fechado e já pré-determinado, mas um objeto de discurso (portanto, um referente constituído histórica e discursivamente) em constante construção.

Como afirma Tort (1989), em seu livro “As Razões Classificatórias”, há uma disposição classificatória inerente ao ser humano, disposição esta que é a base do conhecimento e da racionalidade: identificação e classificação do objeto, tendo, anteriormente, um trabalho de interpretação a cargo de um necessário empirismo, de inevitáveis hipóteses e de uma teoria semelhante. Por isso, entre outras coisas, é que mesmo aqueles que se disseram contrários à classificação acabam se utilizando delas, não necessariamente em função da

consistência das classificações, de inspiração tradicionalista, mas de uma “atitude classificatória” atinente à investigação humana.

**Referências Bibliográficas:**

- Abaurre, M.B.M. (1996) Os estudos lingüísticos e a aquisição da escrita. In: O método e o dado no estudo da linguagem. Campinas. Editora da Unicamp.
- Alkmim, T.M. (2001) Sociolingüística. In: Introdução a Lingüística: domínios e fronteiras. São Paulo. Cortez Editora.
- Alves-Mazzotti, A.J. & Gewandsznajder, F. (1999) O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro. Ed. Pioneira.
- Amossy, R. & Pierrot Herschberg, A. (1997) Stéréotypes et clichés. Paris. Nathan.
- Barthes, R. (1964/1979) Elementos de Semiologia. São Paulo. Editora Cultrix.
- Benveniste, E. (1989) Problemas de Lingüística Geral II. Campinas: Pontes.
- Bouton, C. (1984) La Neurolinguistique. Univ. Paris. France.
- Busato, V. (2001). A noção de metalinguagem no campo da neurolingüística: um estudo enunciativo. Unicamp. Dissertação de Mestrado.
- Calvino, I. (1990) Palomar. São Paulo. Companhia das Letras.
- Canguilhem G. (1995) O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caplan, (1987) Neurolinguistics and linguistic aphasiology. Cambridge Univ. Cambridge.
- Chauí, M. (2005) Convite à Filosofia. São Paulo. Editora Ática.
- Coudry, M.I.H. (1988) Diário de Narciso. São Paulo, Martins Fontes Editora.
- \_\_\_\_\_ (1996) O que é o dado em Neurolingüística. In: O método e o dado no estudo da linguagem. Campinas. Editora da Unicamp.
- Cruz, F. M. (2004) Uma perspectiva das relações entre linguagem e memória no campo da neurolingüística. Dissertação de Mestrado. Unicamp.
- Douglas, M. (1986/1998) Como as Instituições pensam. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo.

- Dreyfus, H. L. (1995) Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Durati, A. (1997) Linguistic anthropology. New York. Cambridge University Press.
- Eling, P. (1994) Reader in the history of aphasia. Amsterdam/Philadelphia: Jonh Benjamins Publishing Company.
- Figueira, R.A. (1996) "Erro como dado de eleição nos estudos de aquisição de linguagem". In O método e o dado no estudo da linguagem. Campinas. Editora da UNICAMP.
- Foucault, M. (1980) O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (1972/1978) A história da loucura. Editora Perspectiva. São Paulo.
- \_\_\_\_\_ (1966/1995) As palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes.
- Françoze, E. & Albano, E. (2004) Virtudes e Vicissitudes do Cognitivismo, Revisitadas. In: Mussalim, F. & Bentes, A. C. Introdução à Lingüística: fundamentos epistemológicos, vol:3. São Paulo. Cortez Editora.
- Françoze, E. (1987) Linguagem interna e afasia. Tese de Doutorado. Unicamp.
- Freitas, M.S. (1997) Alterações Fono-Ararticulatórias nas Afásias Motoras: um Estudo Lingüístico. Tese de Doutorado, IEL/Unicamp.
- Freud, S. (1871/1977) A interpretação das afásias. Lisboa. Edições 70. Distribuído no Brasil pela ed. Martins Fontes.
- Gandolfo, M.C. (1994) Síndrome frontal (leve) ou afasia semântico-pragmática. Dissertação de mestrado. Campinas. Unicamp.
- Garcia-Rosa, L.A. (1991/1996) Metapsicologia Freudiana: 1. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- Geraldi, J.W. (1991) Portos de Passagem. Editora Martins Fontes. São Paulo.

- \_\_\_\_\_ (2001) Ser esta metamorfose ambulante. In: Moysés. A instucionalização invisível. Ed. Mercado das Letras (Fapesp). São Paulo.
- Goldstein, K. (1950) Transtornos del Lenguaje. Barcelona. Editorial Científico Médica.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1983) The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Grice, P. (1989) Studies in the way of words. Harvard Univ. Cambridge.
- Humboldt, W. (1836/1972) Linguistic variability & intellectual development. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Jakobson, R. (1954/1981) Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: Linguística e Comunicação. São Paulo: Cultrix.
- \_\_\_\_\_ (1955/1970) "Afasia como problema linguístico". In: Novas Perspectivas Linguísticas. Petrópolis: Editora Vozes.
- \_\_\_\_\_ (1956/1988). El metalenguaje como problema linguístico. El marco del lenguaje. México. Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1960/1981). Lingüística e Poética. In Lingüística e comunicação. São Paulo: Cultrix.
- \_\_\_\_\_ (1964) "Vers une Typologie Linguistique des Troubles Aphasiques. In Disorders of Language. Edité: A.V.S.
- \_\_\_\_\_ (1956/1988) El marco de lenguaje. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kammerer, T. & Wartel, R. (1896/1989) A querela dos diagnósticos. Jacques Lacan e outros. São Paulo. Jorge Zahar Editor.
- Kant, E. (1950) Crítica de la Rasón Pura y prolegómenos a toda metafísica futura. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
- Kassar, M.C.M. (1999) Modos de participação e constituição de sujeitos nas práticas sociais. Tese de Doutorado. Unicamp.
- Kremer-Marietti, A. (1996) Les concepts de normal et de pathologique depuis Canguilhem. 4 ème semaine nationale Sciences Sociales em Medicine. Lyon.

- Koch, I. G. V. (1998) Processos de Referenciação na Produção Discursiva. *DELTA*, vol.14 (169-190).
- \_\_\_\_\_ (2002) Desenvolvendo os Segredos do Texto. Cortez. São Paulo.
- Kunh, T.S. (1962/2000) A estrutura das revoluções científicas. São Paulo. Editora Perspectiva.
- Labov, W. (1972) Sociolinguistic Patterns. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Lacan, J. (1986/1989) A querela dos diagnósticos. São Paulo. Jorge Zahar Editor.
- Lakatos, I. (1979) O falseamento e a metodologia dos programas de pesquisa científica. In: A crítica e o desenvolvimento do conhecimento. Lakatos, I. & Musgrave, A. São Paulo. Cultrix, Edusp.
- Lebrun, Y. (1981) Tratado da Afasia. São Paulo. Panamed.
- Lesser, R. & Mylroy, L. (1993) Linguistics and Aphasia: psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention. England. Longman.
- Luria, A.R. (1962) Disturbances of higher cortical functions with lesions of the frontal region. In: *Higher Cortical Functions in Man*. Second edition, revised and expanded basic book, consultants bureau.
- \_\_\_\_\_ (1974) El cerebro en acción. Barcelona: Ed. Martinez Roca.
- \_\_\_\_\_ (1979) Curso de Psicologia Geral, vol.IV, São Paulo: Ed. Civilização Brasileira.
- \_\_\_\_\_ (1981) Fundamentos em Neuropsicologia. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo
- \_\_\_\_\_ (1986) Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_ (1988) Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo.
- Marcuschi, L.A. (1983) Lingüística de Texto: o que é e como se faz. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- \_\_\_\_\_ (2000) Gêneros textuais: o que são e como se constituem. Universidade de Pernambuco.

- \_\_\_\_\_ (2001) Atos de referenciação na interação face a face. In: Cadernos de Estudos Lingüísticos n° 41. Unicamp.
- \_\_\_\_\_ (2003) Perplexidades e perspectivas da lingüística na virada do milênio. In: VI Semana de Letras Universidade Federal da Paraíba.
- Moysés, M.A.A.(2001) A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola. Ed. Mercado das Letras (Fapesp). São Paulo.
- Morato, E. (1996) Linguagem e Cognição: as reflexões de L.S.Vygotsky sobre a ação reguladora da linguagem. São Paulo. Editora Plexus.
- Morato, E. (1997) Processos de significação e pesquisa neurolingüística. *Cadernos de Estudos Lingüísticos* n° 32 (25-35). UNICAMP.
- Morato & Novaes Pinto (1997) A relação entre neologismo e jargonofasia: implicações neurolingüísticas. (apresentado no *II Círculo Lingüístico do Sul/CELSUL*).
- Morato & Novaes Pinto (1998) Aspectos Enunciativos da Jargonofasia – In: *Estudos Lingüísticos XXVII* (GEL). Unesp.
- Morato, E. (2000) As afasias entre o normal e o patológico: da questão (neuro)lingüística à questão social. In: *O Direito à Fala*. Campinas. Editora Insular.
- \_\_\_\_\_ (2000) Semiologia da linguagem e a patologia. Mímeo.
- \_\_\_\_\_ (2001) (In)Determinação e subjetividade na linguagem de afásicos: a inclinação anti-referencialista dos processos enunciativos. Mímeo
- \_\_\_\_\_ (2001) Neurolingüística – In: *Introdução à Lingüística*. Domínios e fronteiras – Vol. 2. Mussalim, F. & Bentes, A. C. São Paulo: Cortez Editora.
- Moreno, A. R. (2000) Wittgenstein: os labirintos da linguagem. São Paulo. Editora Moderna.
- Moura, H.M. (2000) A linguagem popular tem razões que os gramáticos desconhecem, in *O direito à fala*. Florianópolis. Ed. Insular.
- Moysés, M.A.A. (2001) As Instituições Invisíveis. Campinas: Mercado de Letras. São Paulo: Fapesp.

- Novaes-Pinto, R.C. (1992) Agramatismo: uma contribuição para o estudo do processamento normal da linguagem. Dissertação de mestrado. Unicamp.
- \_\_\_\_\_ (1997) Agramatismo e Processamento Normal da Linguagem. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 32. Unicamp. Campinas.
- \_\_\_\_\_ (1999) A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas. Tese de Doutorado. Unicamp.
- Orlandi, E. P. (1996) Discurso: fato, dado, exterioridade .In: *O método e o dado no estudo da linguagem/* Maria Fausta P. de Castro (org.). Campinas: Editora da Unicamp.
- Orlandi, E.P (1999) Análise de Discurso. Campinas: Pontes.
- Ombredane & Alajounine (1939) Le syndrome de desintégration phonétique dans l'aphasie. In: *La Neurolinguistique*. Charles Bouton, 1984. Univ. de France. Paris.
- Perroni, M. C. (1996) O que é o dado em aquisição de linguagem?. In: *O método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas. Editora da Unicamp.
- Possenti, S. (1996) O dado *dado* e o dado **dado** (O dado em análise do discurso). In: *O método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas. Editorada da Unicamp.
- Porter, R. (1993) "Expressando sua enfermidade: A linguagem da doença na Inglaterra Georgiana". In Burker & Porter (org). *Linguagem, Indivíduo e Sociedade – História Social da Linguagem*. São Paulo. Editora da Unesp.
- Rabinow, P. & Dreyfus, H. (1995) Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro. Forense Universitária.
- Ricouer, P. (1977) Da interpretação: ensaio sobre Freud. Rio de Janeiro. Imago Editora
- Roland, M. & Jamouille, M. (1996) Critiques et autocritiques: a propos de la Classification Internationale des soins primaires. Texte adapté du

- Chapitre 8 de l'ouvrage *Approche Taxinomique em Médecine de Famille*. Care Editions asbl.
- Rondal, J.A & Seron, X. (2001) *Troubles du Langage – bases théoriques diagnostic et rééducation*. Pierre Mardaga editeur. Belgique.
- Seron, X. & Feyereisen, P. (1988/1995) *Neurolinguística*. In, *Transtornos del lenguaje 1*, Jean <sup>a</sup> Rondal & Xavier Seron. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Saussure, F.(1916/1981) *Curso de lingüística Geral*. São Paulo. Cultrix.
- Silva Filho, J.F. (1997) *A Semiologia, Seu Saber e a Psiquiatria*. In: *Cadernos IPUB n°5*. Rio de Janeiro. UFRJ.
- Spencer, H. (1900) *A classificação das ciências*. Rio de Janeiro. Livreiros Editores.
- Tort, P. (1989) *La raison classificatoire: quinze études*. Editions Aubier. France.
- Viscardi, J.M. (2005) *O Estudo Neurolingüístico do Automatismo*. Dissertação de Mestrado. Unicamp.
- Vygotsky, L.S. (1984) *A formação social da mente*. São Paulo. Martins Fontes Editora.
- Wernicke, C. (1874) *The symptom complex of aphasia. A psychological study on an anatomical basis*. Vol. 4. In: *Cohen,R. e col. (eds.) (1969) –Studies in the the Philosophy of Science*. Boston
- Wittgenstein (1979) *Investigações Filosóficas*. Coleção os Pensadores. Editora Abril.
- Zarifian, E. (1986/1989) *Um diagnóstico em psiquiatria: para quê?* In: *A querela dos diagnósticos*. São Paulo. Jorge