

Ana Paula Vila Labigalini

Reflexões sobre a práxis fonoaudiológica à luz da Neurolinguística Discursiva

UNICAMP
Instituto de Estudos da Linguagem
Dissertação de Mestrado
2009

Ana Paula Vila Labigalini

Reflexões sobre a práxis fonoaudiológica à luz da Neurolingüística Discursiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Lingüística, na Área de Neurolingüística.

Orientadora: Professora Doutora Maria Irma Hadler Coudry

Unicamp
Instituto de Estudos da Linguagem
Campinas
2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL - Unicamp

L113r	Labigalini, Ana Paula Vila. Reflexões sobre a práxis fonoaudiológica à luz da neurolinguística discursiva / Ana Paula Vila Labigalini. -- Campinas, SP : [s.n.], 2009.
	Orientador : Maria Irma Hadler Coudry. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.
	1. Neurolinguística discursiva. 2. Fonoaudiologia. 3. Afasia. I. Coudry, Maria Irmã Hadler. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.
	tjj/iel

Título em inglês: Reflections about the speech pathology based on a Discursive Neurolinguistics.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Discourse neurolinguistics; Phonoaudiology; Aphasia.

Área de concentração: Linguística.

Titulação: Mestre em Linguística.

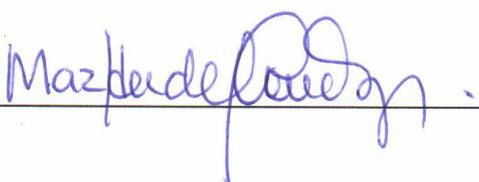
Banca examinadora: Profa. Dra. Maria Irmã Hadler Coudry (orientadora), Profa. Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto, Profa. Dra. Elenir Fedosse.

Data da defesa: 17/02/2009.

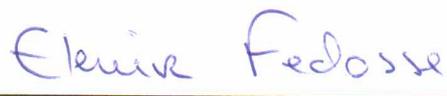
Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Linguística.

BANCA EXAMINADORA:

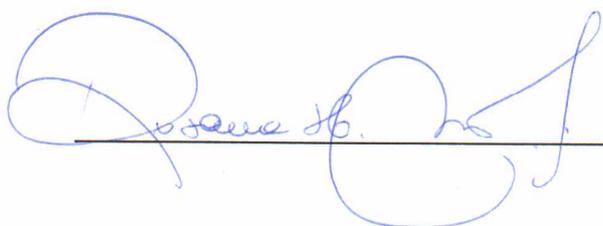
Maria Irma Hadler Coudry



Elenir Fedosse



Rosana do Carmo Novaes Pinto



Zilda Maria Gesueli Oliveira da Paz

Sírio Possenti

“...Não somos nem melhores nem piores. Somos iguais. Melhor é a nossa causa...

...Mas no viver da vida, a vida mesma, quando é impossível disfarçar, quando não se pode ser nada mais do que o homem que a gente é mesmo, na prática cotidiana da chamada vida, que é a verdadeira prática do homem, fomos sempre e somente como os outros, e muitas vezes como os piores dos outros, os que estão do outro lado, os que não querem, nem podem, nem pretendem mudar o que precisa ser mudado pra que a vida possa um dia ser mesmo vida, e para todos.

(Thiago de Mello, Poesia comprometida com a minha e a tua vida: pequena história natural do homem no fim que vem vindo do século vinte, 1975)

AGRADECIMENTOS

À Maza, parafraseando Thiago de Mello: *“o seu trabalho não é a pena que paga por ser homem, mas um modo de amar e de ajudar o mundo a ser melhor”*. Obrigada pelos ensinamentos, inspiração e carinho.

Às Professoras Rosana do Carmo Novaes Pinto e Elenir Fedosse, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação e, principalmente, pelo cuidado.

Nada se faz sozinho, ainda que solitariamente. Por isso, tratando-se de uma construção social, vários anônimos contribuíram para finalização desta dissertação. A todos eles meus sinceros agradecimentos.

Ao casal Carla Salati Almeida Ghirello-Pires e Hugo Pires, exemplo de respeito e paixão pela ciência, pela pesquisa e pelos livros.

À queridona Sônia Sellin, exemplo de generosidade, amizade e bom humor. Obrigada pelos cafés, pousos, histórias, discussões saudáveis e elegantes e pelas grandiosas risadas.

À minha mama Titi e ao meu irmão Dudu, meus incentivadores de plantão.

Mas, tudo isso que escrevi, palavra por palavra, é para meu grande parceiro de todas as horas, Kiko. Exemplo de serenidade, desprendimento e paciência. O companheirismo constante se fez presente em nossas mesas, principalmente ao lado da mesa do computador, entre os nossos livros, entre nossas lutas e sonhos. Para você, Kiko, sempre, com todo o amor que houver nessa vida. Finalizando, mais uma vez com Thiago de Mello: *“Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que sobretudo tenha sempre o quente sabor da ternura”*

RESUMO

Esta dissertação objetivou refletir sobre a formação do fonoaudiólogo no Brasil e como ela habilita a atuação clínica desse profissional; e também objetivou investigar as razões pelas quais a prática fonoaudiológica parece desconsiderar os aspectos interacionais de sujeitos afásicos atendidos. A partir de dados e depoimentos de um sujeito afásico (F), pretendeu-se realizar uma reflexão teórica sobre as duas abordagens terapêuticas fonoaudiológicas a que foi submetido, suas formas de avaliação, de terapia, e as atividades utilizadas. Inicialmente o acompanhamento longitudinal do sujeito F, realizado com base em uma abordagem discursiva da afasia, evidenciou a *negação* do sujeito pelo atendimento fonoaudiológico recebido anteriormente, o qual se embasava em uma concepção médico-biologicista. Esta abordagem auxiliou na demonstração da heterogeneidade do fenômeno afásico e as contribuições de um processo terapêutico que não exclui o sujeito. Foi possível dar visibilidade à formação do fonoaudiólogo no Brasil, já que ainda podemos visualizar um distanciamento com os sujeitos e, conseqüentemente, com a linguagem. E também há uma necessidade teórico-prática de rompimento entre a Fonoaudiologia e o modelo médico, para assim poder (re)criar seu lugar de ação. E, conseqüentemente, valorizar seu papel de locutor/interlocutor, durante as atividades discursivas, contextualizadas de acordo com as condições histórico-culturais de cada sujeito. Avaliações e terapias fonoaudiológicas descontextualizadas continuam existindo, multiplicando-se e excluindo os sujeitos afásicos de suas práticas históricas e sociais, pois o número de profissionais com este tipo de formação ainda é muito grande no país. A partir dessas questões teórico-práticas, mostrou-se importante pensar sobre o exercício da linguagem abordado pela Fonoaudiologia Tradicional e a ausência da Lingüística nesta graduação.

Palavras chave: Neurolingüística Discursiva; Fonoaudiologia; Afasia

ABSTRACT

This dissertation aimed at reflecting upon the education of the speech pathologist in Brazil, and the way this formation enables the clinical performance of this professional. Another objective was to investigate the reasons why the speech pathology practice seem to discard interactional aspects of the assisted aphasic subjects. Based on data and depositions of an aphasic subject (F), it was intended to do a theoretical reflection upon two therapeutic approaches of the speech therapy, applied to the subject, the way of evaluation, the therapy, as well as the activities realized with the subject. At first, the longitudinal follow up of the subject F, based on a discursive approach of the aphasia highlighted the negation of the subject through the previously received assistance, which based itself on a medical-biologist conception. This approach helped in the demonstration of the heterogeneity of the aphasic phenomenon and the contribution of a therapeutic process that does not exclude the subject. It was possible to give visibility to the education of the speech pathologist in Brazil, since we still can visualize an certain distance regarded the subjects, and consequently a distance with language. There is also a theoretical-practice necessity of rupture between speech therapy and the medical model in order to (re)create its place of action, thus valorizing its role of interlocutor during the discursive activities, contextualized according to the historic-cultural condition of each subject. Evaluations and speech therapy therapies not contextualized are still on practice, multiplying and excluding the aphasic subjects of their own historic and social practices, since the quantity of professionals with this kind of orientation is still high in the country. Based on these theoretical-practice issues, it was important to tackle upon the language exercise approached by the Traditional Speech Therapy and the absence of Linguistics in the graduation courses.

Key-words: Discursive Neurolinguistics; Speech Therapy; Aphasia.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Treino articulatorio I.....	52
Ilustração 2: Treino articulatorio II.	53
Ilustração 3: Treino articulatorio III.....	54
Ilustração 4: Treino de logatomos.	56
Ilustração 5: Produção de palavras polissilábicas e trabalho com categoria de palavras.	57
Ilustração 6: Treino de produção de frases I.....	58
Ilustração 7: Treino de produção de frases II.	60
Ilustração 8: Treino de nomeação do corpo humano.....	61
Ilustração 9: Atividade realizada logo no início do tratamento fonoaudiológico, com a ordem de seguir a linha igual ao modelo.	92
Ilustração 10: Atividade do mesmo caderno, comando idêntico ao da Ilustração 9.	93
Ilustração 11: Realizar a cópia das vogais.....	94
Ilustração 12: Realizar a cópia do alfabeto.....	94
Ilustração 13: Mais cópia de todo o alfabeto.....	95
Ilustração 14: Cópia de todos os meses do ano.	96
Ilustração 15: Cópia dos dias da semana.....	96
Ilustração 16: Cópia dos números de 1 a 20.....	97
Ilustração 17/dado 1: Relato oral sobre seu sentimento a respeito do tratamento fonoaudiológico anterior [21/11/2001].....	102
Ilustração 18: Convite para uma festa de aniversário.....	106
Ilustração 19: Convite para um encontro na cozinha de Nutrição.....	107
Ilustração 20: Outro convite de aniversário.....	108
Ilustração 21: Lista de ingredientes para uma festa e parque que F visitou no feriado.....	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Duração do curso de fonoaudiologia	69
Tabela 2: Faixas de cargas horárias.....	72
Tabela 3: Estados.....	73
Tabela 4: Cidades	73
Tabela 5: Dificuldades encontradas.....	76
Tabela 6: Percentual e frequências do tema afasia	78

SUMÁRIO

RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
Apresentação.....	21
Capítulo I – Da instituição da Fonoaudiologia como área da saúde.....	27
Capítulo II - Discutindo a fundamentação teórico-prática sobre linguagem na Fonoaudiologia.....	49
Capítulo III - Sobre a (in)formação em Fonoaudiologia: graduação e atualização	69
1. As instituições de ensino.....	69
2. Revisão bibliográfica das publicações da Fonoaudiologia sobre afasia	77
2.1 Revista Cefac.....	79
2.2 Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa).....	82
2.3 Revista Distúrbios da Comunicação	83
Considerações Finais	115
Referências Bibliográficas	118

Apresentação

A proposta geral deste estudo consiste na compreensão do processo que conduz o ensino e a práxis fonoaudiológica diante de sujeitos afásicos. Levando em conta a história da Fonoaudiologia, pode-se notar, ainda nos tempos atuais, que os profissionais utilizam de definições médicas e métodos neuropsicológicos (de natureza quantitativa) para realizar o diagnóstico fonoaudiológico da afasia.

Parte-se da hipótese de que a concepção baseada essencialmente na literatura médico-biologicista, com princípios normativos e corretivos da linguagem, exclui o sujeito e o funcionamento da linguagem, para assim, potencializar apenas a doença, no caso, a afasia. A partir desta inquietação, a investigação que sustenta esta dissertação procurou se posicionar, metodologicamente, em um lugar onde pudesse avaliar/trabalhar com o sujeito e sua relação com o(s) outro(s), a vida, a sua história e a própria afasia.

Para tanto, assume-se uma metodologia de avaliação de linguagem e acompanhamento terapêutico condizente com os pressupostos teóricos da Neurolingüística Discursiva. Tal abordagem foi idealizada e é desenvolvida no Departamento de Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP), baseada em uma concepção de linguagem como *atividade constitutiva e trabalho*, historicamente concebida, abrangente e pública (FRANCHI, 1977/92¹).

Sob a luz de tais pressupostos, com a Neurolingüística Discursiva assumimos o conceito de discurso enquanto *acontecimento discursivo*, em que determinadas estratégias e operações discursivas determinam a significação (GERALDI, 1990/91). Coudry (1986/88), autora dedicada ao estudo das afasias, tem forte presença em nosso estudo, pois toma a concepção franchiana de linguagem como *histórica e cultural*, e destaca o caráter indeterminado dos processos de significação presente na linguagem de afásicos e não afásicos assumindo que

¹ Texto original de Franchi (tese de 1976); o ensaio de 1977 e sua republicação em 1992; e a revista do Gel (2002).

[...] a língua resulta da experiência e do trabalho dos falantes com e sobre a linguagem. Língua, nessa concepção, remete para uma atitude frente aos fatos de linguagem, segundo a qual as formas lingüísticas se relacionam com os fatores culturais (Possenti, 1995). Esta concepção abrangente de linguagem assume a hipótese da indeterminação da linguagem postulada por Franchi (1976/77/86), cujos conceitos de atividade constitutiva e trabalho atribuem, sob parâmetros ântropo-culturais, ao sujeito (afásico e não afásico) o exercício da linguagem – incompleta e passível de (re)interpretação (COUDRY, 2002a: 101).

Para a prática fonoaudiológica esta reflexão é relevante, pois até hoje ela pouco se ocupou da problemática do diagnóstico e, também, do tratamento tendo apenas incorporado o formato da clínica médica, limitando-se a visibilidade e intervenção sobre os sintomas. Portanto, como pensar em diagnóstico e em tratamento de linguagem sem que a linguagem se mostre como uma hipótese? Para Foucault (1926-1984/2006), a clínica tradicional/organicista põe em ação apenas o *teatro nosológico*.

Os sintomas, deste ponto de vista, são normalmente *nomeados* como algo patológico, estabelecido e conceituado de acordo com os interesses – a “vontade de verdade” (Foucault, 1986) - de quem avalia, diagnostica e trata, ou seja, os sintomas (e sua cura) são estabelecidos pela instituição na qual os sujeitos (autorizados – profissionais cientistas e, também, os não autorizados – sujeitos atendidos) estão inseridos. Para ilustrar este aspecto, convém ressaltar a idéia de que “*a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconheceu como tal*”. E “*nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente*” (FOUCAULT, 1991: 72/74).

Vale a pena destacar que o “doente” e, também, o profissional que se ocupa do “doente” são históricos (do mesmo modo que seus discursos são historicamente construídos), a partir de relações heterogêneas e de poder exercidas com o(s) outro(s). Por isso, os sentidos não estão pré-estabelecidos, mas se materializam na fala de um falante que é tomado por uma língua em funcionamento. Os discursos, segundo Foucault (1986), são controlados e as práticas de poder *capturam* o sujeito a despeito de sua ignorância. O sujeito está reprimido não só pelas regras da

língua, mas pelos processos de enunciação que a regem. Por isso não se afirma que os sujeitos são totalmente autônomos, eles são submetidos a outros processos que estão em funcionamento (FOUCAULT, 1986).

Nesse sentido, como pode o fonoaudiólogo exercer sua profissão sem que os sujeitos atendidos e suas manifestações possam interrogá-lo?

Convém advertir, porém, que a *opção* pela abordagem médico-biologicista é sintoma não só de um conformismo teórico-prático, que realça o reconhecimento da superioridade do saber médico em detrimento daquele apresentado pelo sujeito (como em algumas vezes, também, pelo fonoaudiólogo, professor – profissionais que não gozam de prestígio como os médicos), mas também pela carga histórica que acompanha a Fonoaudiologia. Daí porque ela justifica sua prática na forte dicotomia normal versus patológico, baseada na noção de localizacionismo e na potencialização das taxonomias que, por sua vez, se relacionam com os de testes psicométricos.

Diante desse quadro, pode-se dizer que há um reflexo direto na exclusão da linguagem, bem como do sujeito e suas variadas condições de produção verbal. O mesmo ocorre com outros discursos (que se inter-relacionam) e assim, refletindo-se, também, nos outros modos como esses discursos são difundidos pela sociedade.

A Fonoaudiologia faz uso de uma dada terminologia médica para descrever os “casos”, bem como para que eles sejam (de certa forma) entendidos por seus pares. Mas isso faz com que se reduza a descrição e, conseqüentemente, a compreensão dos “casos”, de tal sorte que se atribui à terminologia corrente o poder para o entendimento das alterações encontradas, o que deixa de lado tantas outras questões interessantes e, assim, o fonoaudiólogo incorre no erro de anular o sujeito que manifesta tais alterações. É comum, a Fonoaudiologia dispensar-se o que o sujeito faz no lugar em que a afasia se manifesta.

Diferentemente, quando a Fonoaudiologia considera que o sujeito é um sujeito pragmático, que, portanto, age sobre a língua, embora seja *determinado/capturado* por ela, se pode mais do que simplesmente descrever as alterações. Esse sujeito não é apenas categorizado

em quadros clínicos, mas sua linguagem pode ser compreendida; ele pode ser compreendido nas formas que exerce a intersubjetividade, ou seja, o sujeito com dificuldades ocupa um lugar para além de técnicas preestabelecidas. O que é interessante para a Fonoaudiologia é lidar com o funcionamento do sujeito e da língua em discurso (PÊCHEUX, 1997); entender a posição por ele assumida no contexto histórico-social no qual está inserido. Afinal, as relações são heterogêneas e os sentidos construídos na interação (não estão totalmente pré-determinados).

A partir dessas reflexões, analiso, neste estudo, a formação de fonoaudiólogos, o modo como vêm trabalhando com sujeitos afásicos e, por isso, defendo a necessidade de tais profissionais adotarem uma “*outra posição*” ao trabalharem com sujeitos afásicos. Por que não seria possível pensar que todas essas possibilidades lingüísticas fazem parte de um processo natural da linguagem (FREIRE, 2003) e não de um produto final? Porque não adotar a concepção de linguagem como uma atividade em ação, histórica, constitutiva, significativa e indeterminada (FRANCHI, 1977/92)?

Parece-me possível utilizar esses argumentos na prática fonoaudiológica; se ela se diferenciar dos estudos tradicionais (em que a Lingüística está ausente), e se ela se orientar por uma visão discursiva de linguagem (Coudry, 1988), na qual o sujeito é alçado como falante para exercer diferentes papéis na interlocução, de modo que, há sujeito lingüístico e social mesmo com as dificuldades que a afasia traz.

Do ponto de vista discursivo, a partir da atuação do fonoaudiólogo, se estabelece uma relação de mediação (VYGOTSKY, 1993) necessária à reestruturação da linguagem, que nada mais reivindica do que “forma” e “significado”, de maneira a aprovisionar o afásico com novos e alternativos processos de significação. Por isso, o interesse desta pesquisa não repousa só na prática fonoaudiológica com sujeitos afásicos, mas principalmente, sobre a formação dos profissionais encarregados de exercê-la.

Com fundamento em experiências clínicas e teóricas, busca-se, nesse estudo, justificar, por meio da demanda de relatos realizados por sujeitos afásicos e/ou acompanhantes, o porquê da insatisfação perante os atendimentos fonoaudiológicos recebidos e suas respectivas atividades.

Tal constatação, também, me conduziu a refletir sobre a relação estabelecida entre o terapeuta e o sujeito afásico. Por isso, considerei importante, dar visibilidade à formação do fonoaudiólogo no Brasil, já que ainda podemos visualizar um distanciamento em relação aos sujeitos e, conseqüentemente, em relação à linguagem.

Esta investigação parece justificar-se, ainda, pela necessidade teórico-prática de diferenciação entre a prática clínica exercida pela Fonoaudiologia e o modelo médico, para assim a Fonoaudiologia poder (re)criar seu lugar de ação. Um lugar que, valoriza o seu papel clínico, mas, sobretudo, valoriza os locutores/interlocutores, durante as atividades discursivas, contextualizadas de acordo com as condições histórico-culturais de cada sujeito envolvido.

Esse esforço se justifica porque avaliações e terapias fonoaudiológicas descontextualizadas continuam existindo, multiplicando-se e excluindo os sujeitos afásicos de suas práticas históricas e sociais, pois o número de profissionais com esse tipo de formação ainda é muito grande no país. Portanto, essas questões teórico-práticas, mostram-se necessárias para se pensar sobre o exercício da linguagem abordado pela Fonoaudiologia Tradicional e a ausência da Lingüística nos cursos de graduação.

Num plano mais geral, os objetivos deste estudo consistem em (i) descrever como é realizada no Brasil, teórico-metodologicamente, a prática clínica fonoaudiológica com sujeitos afásicos; (ii) refletir sobre a formação do fonoaudiólogo no Brasil e como ela habilita a atuação clínica desse profissional; (iii) investigar as razões pelas quais a prática fonoaudiológica parece desconsiderar os aspectos interacionais de sujeitos atendidos. E, em um plano mais específico, a partir de dados e de depoimentos de um sujeito afásico (sujeito F), pretende-se realizar uma reflexão (teórica) sobre as duas abordagens terapêuticas fonoaudiológicas a que foi submetido, discutindo-se as atividades de avaliação e de terapia realizadas.

Dessa maneira, organizamos este estudo em quatro capítulos. No primeiro, são apresentadas linhas-mestras da história da Fonoaudiologia e, algumas considerações em torno da sua instituição como área da saúde. O segundo capítulo, apresenta a fundamentação teórico-prática sobre linguagem na Fonoaudiologia. O terceiro capítulo, por sua vez, traz discursos e

enunciados sobre a (in)formação em Fonoaudiologia, focalizando a graduação e a atualização da área. Finalmente, no quarto capítulo são apresentadas as características do funcionamento da linguagem do sujeito afásico F e as reflexões que provocam

Capítulo I – Da instituição da Fonoaudiologia como área da saúde

Transcorridos 25 anos da regulamentação da profissão de Fonoaudiologia no Brasil, pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), pode-se hoje afirmar que esta profissão é vista pela população e pelas instituições educacionais de ensino superior como uma área que apresenta como um de seus objetos de estudo a atividade sobre a *linguagem*. A Lei Federal nº 6965, de 9 de dezembro de 1981, surge para oficializar a profissão. Com ela foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, tendo como alvo a fiscalização e a orientação do exercício profissional. Pela ação desses órgãos tem-se alcançado conquistas profissionais que giram em torno do campo científico, social e também do campo político, com inserções cada vez mais significativas nos programas de saúde e nas decisões legislativas².

Apesar de a Fonoaudiologia ter sua origem vinculada à Educação, a institucionalização da área vinculou-se fortemente à área médica, justificando, talvez, por que ela ainda é tida por muitos com um apêndice da Medicina. Exemplo disto é a consideração de fonoaudiólogos como profissionais paramédicos³. Nesta mesma perspectiva, nota-se a prevalência, em seu campo acadêmico, de estudos baseados na literatura médico-biologicista⁴, com princípios fundamentados na díade *normal/patológico*. Historicamente, isto responde a uma precisa demanda: a necessidade de terapeutas para tratarem as *patologias* da fala e da linguagem, da voz e da audição. Tal postura, como se sabe, tende a dividir o sujeito em órgãos (receptores e expressores), excluindo os aspectos históricos e sociais envolvidos na comunicação.

Para se entender melhor as questões históricas que permeiam a origem das práticas fonoaudiológicas, faz-se necessário, portanto, analisar as condições políticas e sociais, ou seja, as

²Em 1912, já existia no Brasil um campo (que viria a ser a Fonoaudiologia) que já se diferenciava da Educação Especial; trata-se daquele que se ocupava de pesquisas relacionadas aos distúrbios da voz e da fala; à época houve a inauguração de cursos de orientação a professores.

³ Paralela ou complementar à Medicina; a área paramédica é conhecida como uma área da saúde, que atua com as patologias do sujeito. Por exemplo, a Fisioterapia, a Psicologia e a Terapia Ocupacional também são incluídas nesse conjunto.

⁴ A Fonoaudiologia de cunho tradicional-hegemônico baseia-se em estudos fundamentados na literatura médico-biologicista. Ler em Zaniboni: *Contribuição da Neurolinguística para a Fonoaudiologia na construção de um novo olhar sobre a linguagem de sujeitos afásicos*. Tese de Doutorado. UNICAMP. IEL. Orientadora: Professora Doutora Maria Irma Hadler Coudry, 2007.

relações de poder que envolvem o Brasil a partir de 1920. Este momento é marcado por uma necessidade de se homogeneizar a língua, visando o controle social, mais precisamente, a disciplina de imigrantes e nativos pobres, visando o combate à contaminação física e mental, à ignorância, ao analfabetismo, à doença e à desordem (BERBERIAN, 1995/2007).

Em São Paulo, o início da Fonoaudiologia foi marcado por uma resistência social à variedade lingüística falada por imigrantes e filhos de escravos, influenciada pela intenção de padronizar a língua nacional. Já no Nordeste, nas décadas de 20 e 30, pode-se relacionar o início da profissão com o fracasso escolar, principalmente das classes desfavorecidas economicamente. Entre as causas dos problemas de linguagem então observados e diagnosticados por alfabetizadores das escolas públicas e profissionais da área médica, apontavam-se mais frequentemente as de ordem orgânica (diagnosticando-se uma doença pela sua etiologia) e as de ordem social e lingüística (capacidade de aprender a ler e escrever destas mesmas classes). Portanto, a definição de uma língua padrão, estipulada pelas classes mais altas do país, em detrimento de outros (diversos) grupos sociais que compunham a sociedade brasileira, já se sugeria um exercício de discriminação social (MASINI, 2004). Falar bem, seguindo o modelo da norma culta, tomou uma importância social, norteada por características ideológicas. Características essas de que a Fonoaudiologia se apropriou, devido à necessidade de ser reconhecida. Portanto, pode-se dizer que a Fonoaudiologia constitui-se historicamente, conforme os interesses políticos, como uma ciência corretiva da língua.

Sabe-se que o funcionamento dos grupos sociais se dá por meio da interação verbal, em especial pelo uso da palavra, que visualiza a criação ideológica de cada época histórica; afinal, a palavra move e marca as mudanças sociais da população e, principalmente, é determinada pelas relações de produção e pela estrutura social e política (MASINI, 2004).

Assim, em relações em que haja categoria e poder, fica evidente que o cidadão para ser incluído socialmente, precisa “*falar bem*”. Este rótulo transformou-se em um valor ideológico

que perdura até os dias atuais. Tanto para o senso comum, como para alguns profissionais, como por exemplo, os gramáticos⁵, médicos, fonoaudiólogos, pedagogos, entre outros.

Para a classe dirigente do início do século XX, os indícios acima citados refletiam uma situação desequilibrada e patológica, nomeada de *doença social*. Para atender a essa demanda, alguns profissionais de áreas diferentes (médicos, educadores, engenheiros, sanitaristas, agentes públicos, entre outros) foram solicitados a “salvar o país”; deveriam se unir para fazer frente à *doença* (da população) e que ameaçava-a. Inicia-se, então, o trabalho pelas escolas, com idéias formadas em cima de uma imagem única: *do brasileiro-padrão*. Esta visão parte do princípio que a homogeneização da língua garantiria o prestígio e a identidade brasileira, assim como a estabilização social.

A maior preocupação do Estado e dos profissionais então recrutados era a de *pôr ordem à desordem lingüística* que caracterizava a sociedade brasileira (BERBERIAN, 1995/2007). Ainda, na concepção do Estado, tal desordem dizia respeito a variações dialetais produzidas pelos imigrantes (em especial os italianos) que desembarcaram no Brasil, no final do século XIX, para trabalhar na lavoura de café e, em seguida, se voltaram para o trabalho fabril. Desta forma, fica evidente o desejo da classe dominante de apagar as marcas da língua dos estrangeiros e, conseqüentemente, apagar os sujeitos que a falava.

Berberian (idem) destaca que essas variedades também existiam nas falas dos trabalhadores brasileiros, despejados nos grandes núcleos urbanos, em busca de trabalho. Desde então, a organização desses grupos e a conservação de suas tradições eram vistas como indícios de promiscuidade da língua e da cultura. Sinais que marcavam as causas da *doença social*, ou seja, da sujeira, da prostituição, da vagabundagem, da incapacidade, do atraso e da instabilidade nacionais. Esta visão preconceituosa e orientada por uma política repressiva enfatizava que a diversidade ameaça a tranqüilidade nacional, ou seja, ela provoca destruição e degeneração racial, bem como a contaminação física e moral (BERBERIAN, ibidem).

⁵ Prova disso é a série “Nossa Língua Portuguesa”, idealizada e apresentada por Pasquale Cipro Neto, nas redes de TV pública paulista.

Em síntese, a uniformização da língua foi um ponto moralmente estipulado pelo espírito nacionalista e patriótico. Entretanto, as medidas de uniformização não traduzem somente a desqualificação das diversas maneiras de falar e de escrever de muitos grupos sociais, mas também, e talvez principalmente, a exclusão da participação e da inserção na sociedade.

Além do interesse acerca do conhecimento da língua, e do quanto ela poderia interferir no processo de aprendizagem das crianças, a escola também se preocupava com os distúrbios da linguagem. A partir de então, alguns educadores foram se convertendo em terapeutas e à medida que aperfeiçoavam suas estratégias, configurava-se, desse modo, o perfil de um novo especialista: o ortofonista, que anos mais tarde seria denominado de *fonoaudiólogo* – um profissional que vem legitimar a eugenia⁶ da língua.

Interessados nos distúrbios da linguagem, esses profissionais rotulavam as diferenças individuais dos alunos, não como características positivas pertencentes ao funcionamento (normal) da linguagem, mas como uma espécie de anomalia e causa do insucesso escolar. Assim, o exercício de poder se manifestava atribuindo às diferenças um valor técnico-pedagógico, tanto pela condição econômico-social do indivíduo, quanto pelo caráter biológico. Por sua vez, a inserção de serviços técnico-pedagógicos para estruturar as individualidades intelectuais, orgânicas, motoras e sociais, implicou a *psicologização* e a *medicalização* do campo pedagógico, tornando-o, além de *moralizador*, limpo (higiênico) (BERBERIAN, 1995/2007).

No sentido acima, Mello (1942) destaca a cooperação entre professores e profissionais da área da saúde, do meu ponto de vista, uma preparação de uma armadilha para o fonoaudiólogo:

A educação higiênica na escola, penetrando profundamente na prática pedagógica, para que atinja todas as camadas sociais e atue no interesse geral das disciplinas escolares, será indiscutivelmente um fator de renovação espiritual útil à nossa Nacionalidade [...] A Pedagogia, atraindo a medicina para o meio escolar, adquiriu um aspecto moderno e elevado de proteção à criança e, incorporando em seu programa os ensinamentos da higiene e implantando o ideal da saúde, fez muito: além de defender o indivíduo, defende a raça,

⁶ No documentário “Homo Sapiens – 1900” (Versátil Home Vídeo e Mais Filmes, Suécia, 1998), o diretor Peter Cohen aborda fatos históricos sobre a eugenia, ou seja, o controle da seleção natural. Também enfatiza, entre outras afirmações, a eugenia negativa que decretava a não reprodução (procriação) de pessoas inferiores.

eugeniza a sociedade e oferece à nação a energia da saúde geral (MELLO, 1942: 76)⁷.

Pode-se dizer, então, que a Fonoaudiologia passou a existir da interseção entre Medicina e Educação, apresentando como um de seus objetivos a unificação e normatização da língua. Muitos dos profissionais que desempenhavam atividade equivalente à do fonoaudiólogo atual tinham formação ligada ao Magistério, evidenciando a identidade da atuação com a educação. Aos poucos, a influência médica acabou impondo uma outra característica ao profissional, convertendo professores em terapeutas.

Pelos fatores acima descritos, pode-se dizer que, por um lado, o fonoaudiólogo é visto como um profissional paramédico, pertencente à área da saúde e, por outro, é tomado como “professor particular” que trata de crianças portadoras de distúrbios da linguagem; o que também o aproxima das ciências humanas. Ou seja, evidencia-se, enfim, o grande conflito que o fonoaudiólogo viveu, e vive até hoje, em termos de identidade profissional.

Do ponto de vista médico, e também do educacional, a tendência sempre foi tratar dos defeitos da fala que *poluem* a vida de alguns grupos sociais, segundo um viés evolucionista. A partir desta visão, o profissional visualiza a linguagem como um sistema estático e fechado, conseqüentemente, o funcionamento da língua como homogêneo e neutro. Assim, pensando e agindo, fica evidente a concepção de que quem fala errado, pensa também errado. Nesse modelo, preocupado com a padronização da língua, classificam-se todas as manifestações que nela se encaixam como distúrbios da língua(gem). É seguindo este fio que, segundo Berberian (1995/2007), se começou a ensaiar o teatro no qual o terapeuta é visto como o protagonista (possuidor do padrão da normalidade) e o paciente como coadjuvante (possuidor da anormalidade).

⁷ O referido texto é do 1º Congresso de Saúde do Escolar. Produzido por “Profissional da Educação” fazendo apologia ao da saúde. Entrega à higiene e ao ideal de saúde o poder de defender a pessoa, defender a raça – “eugenizando” a sociedade. Obviamente, que o entendimento atual (preconizados pelas cartas de Promoção da Saúde) de que no processo saúde/doença conjugam determinantes sociais (políticos, econômicos) e biológicos passava longe dessa definição.

Portanto, o fonoaudiólogo sempre esteve envolto em conflitos científicos sobre a padronização da língua, desempenhando a função de apagar toda sorte de variedade lingüística. Esta postura, evidentemente, se reflete na atuação clínica desse profissional. À medida que se compromete tanto com a prática quanto com a teoria que definem sua atuação, o fonoaudiólogo acaba por se apresentar como agente redutor da linguagem, desconsiderando a variedade oral, por preconceito e falta de conhecimento sociolingüístico. Desta forma, coopera para dificultar a possibilidade de conscientização e valorização dos indivíduos, considerando as diferenças que enriquecem a sociedade brasileira. Esta constatação nos remete a Foucault (1997); esse autor afirma a utilidade da constituição de *corpos dóceis*.

A noção de corpos dóceis (forjada por Foucault) explica a absoluta sujeição que a ciência, sobretudo a médica, acabou por exercer sobre os indivíduos, impondo disciplinas e atitudes disciplinares. Foucault (idem) fala de um poder realmente infinitesimal sobre o corpo ativo, inclusive sobre a fala, evidentemente. Nesse sentido, pessoas eram internadas em instituições para serem disciplinadas segundo as exigências e as necessidades sociais; a escola, a prisão, o hospital, por exemplo, tinham poder de disciplinar os *corpos perigosos* que representassem uma ameaça social; tais instituições tinham, assim, um perfil repressivo.

Um dos artifícios criados para diagnosticar estes *corpos dóceis* consistiu na criação (a partir de modelos mais positivistas), por alguns profissionais (sanitaristas, médicos, psicólogos, pedagogos e higienistas), de baterias de testes e provas para medir as capacidades intelectuais e lingüísticas de crianças na escola, por exemplo, apresentando como parâmetro o uso das regras gramaticais da língua. A utilização desses instrumentos avaliativos e psicométricos se, por um lado, caracteriza o perfil técnico e especializado dos profissionais, (inclusive, do fonoaudiólogo), por outro, descaracteriza a atuação deles como forma de intervenção social (BERBERIAN, 1995/2007).

Nas décadas de 40, 50 e 60, algumas instituições de caráter educacional já ofereciam serviços de reeducação de linguagem. Nessa época os profissionais que realizavam esses serviços eram chamados de reeducadores de linguagem, realfabetizadores e logopedistas. A partir da década de 40, em São Paulo, Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, vários trabalhos, estudos e

pesquisas surgiram para auxiliar na reabilitação de pacientes com distúrbios da fala, voz, audição e linguagem. Mais precisamente em 1956, inicia-se o primeiro curso de Terapia da Palavra no Hospital São Francisco de Assis, Rio de Janeiro. Já em 1961, o ensino em Fonoaudiologia é instituído na Universidade de São Paulo, vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina; um ano mais tarde, o curso tem início na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ligado ao setor de Psicologia. Ambos graduavam tecnólogos em Fonoaudiologia. Em 1976, foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação o primeiro currículo mínimo para cursos de Fonoaudiologia. Nesta mesma época, a primeira Faculdade foi reconhecida no país: a Universidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Em seguida vieram os cursos da PUC de Campinas, PUC de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina, hoje UNIFESP.

Nas décadas de 60 e 70 do século XX que a Fonoaudiologia fortalece em seu exercício profissional, a ação curativa, na medida em que se apropria de métodos avaliativos e comparativos, para indicar novos meios de resolver os desvios da língua (SEVERINO, 1996).

Pelo exposto até aqui, observa-se, assim, que o fonoaudiólogo percorreu caminhos árduos em busca de uma identidade profissional. Considero que a área, de certo modo, “se perdeu” com a necessidade social de ditar regras, normalizar e padronizar a língua, excluindo variedades lingüísticas desprestigiadas. Tal postura deixa os indivíduos sem opção, uma vez que são considerados como desviantes, taxados de incapazes e de improdutivos.

Atualmente, no que se refere à imagem de um falante idealizado, o profissional de Fonoaudiologia (tido como conhecedor da língua padrão) ainda ocupa um lugar de poder, fixando modelos de normalidade e negando aspectos históricos e ideológicos dos falantes que avalia e trata⁸. Mas que falante ideal seria esse? Um falante que utiliza as normas da língua (usa a linguagem de uma maneira correta), ou aquele que exclui suas raízes, seus costumes e sua cultura?

⁸Algumas dissertações e teses orientadas pela Professora Doutora Maria Irma Hadler Coudry (IEL-UNICAMP) também exploraram este assunto. Entre eles: Fedosse (2000 e 2008); Flosi (2003); Bordin (2006); Zaniboni (2007); Oliveira (2007); Ishara (2008).

Segundo Batista (2000: 188), esse discurso higienista e racial é incorporado no Brasil pós-República “*para desfazer as ilusões de igualdade política invocada na primeira constituição republicana*” (BATISTA, 2000: idem). Essa autora afirma que ainda hoje, permanece no Brasil, um certo “terror” com a produção de políticas violentas de controle social:

Vincaram o processo de ideologização e garantiram uma organização social rígida e hierarquizada; nesta organização as classes subalternas, mais que compreender, a nível da razão, foram (e seguem sendo) levadas a ver e a sentir seu lugar na estrutura social.

Para a autora, essas imagens compõem um *arranjo estético*, no qual a ocupação dos ambientes públicos pelos grupos subalternos (“*pelos pobres de tão pretos, ou pretos de tão pobres*”) produz fantasias de pânico do “caos social” (BATISTA, 2000: ibidem) Por isso, ainda no Brasil, a propagação do medo do caos e da desordem têm sempre servido para deflagrar táticas de exclusão e disciplinamento planejado das massas empobrecidas (muitas vezes, sem acesso à escola e, por isso, sem acesso a variedade padrão da língua).

A partir de Foucault (2002) se pode afirmar que o falante desviante (que não fala a língua padrão) denota uma ameaça à nação, já que expõe as fraquezas e as diferenças da raça (no caso, a brasileira). Portanto, como ressalta o mesmo autor, o controle perante a sociedade se opera pela consciência, pela ideologia, mas principalmente no corpo e com o corpo. O capitalismo que se desenvolveu no final do século XVIII e início do século XIX investiu no biológico, no somático, no corporal, enfatizando ser tanto o corpo, como a Medicina, respectivamente, uma realidade e uma estratégia *bio-política*.

Em trabalho recente, Souza Serra (2007), discute que, no Brasil, no início do século XX (a propósito, à época da inauguração da Fonoaudiologia como profissão e área de saber) numa espécie de reafirmação do clima social já encontrado no império, o controle social se transmudava, do medo de escravos rebeldes para o pavor dos negros e outras categorias de pobres livres, que lotavam os centros urbanos. Houve assim uma substituição da clientela preferencial do controle punitivo: *o escravo pelo pobre*, ambos prevalentemente negros. Perigosas passavam a

ser aquelas classes que o sistema de produção não queria nem tinha a mínima intenção de incorporar. Desta forma, seguindo as tendências do positivismo, instala-se uma *inferioridade constitutiva* em determinados indivíduos, sendo que a natureza desta inferioridade pode estar associada ao desenvolvimento biológico ou processo de assimilação de valores culturais, ou ainda, derivar de certos hábitos assimilados através do ambiente social no qual estão inseridos.

Além da discriminação racial, à época da instauração da prática fonoaudiológica, também concorria o fortalecimento da discriminação do louco. Fonseca-Silva (2007: 57), orientada pelas palavras de Foucault (1979), também destaca que o discurso *do louco*, na Idade Média e até o final do século XVIII, era excluído ou, então, designado pela razão. Em outras palavras, em alguns casos, o discurso do louco não era ouvido por não apresentar veracidade e importância, ou então, era analisado como “palavra de verdade” por ter o poder “*de dizer uma verdade escondida, o de pronunciar o futuro, o de enxergar, com toda a ingenuidade, aquilo que a sabedoria dos outros não pode perceber*”.

Nesse contexto é que os primeiros fonoaudiólogos atuavam; tendo obviamente um outro público-alvo para a exclusão: crianças que usavam diferentes variedades lingüísticas. Os primeiros fonoaudiólogos utilizavam testes para investigar os defeitos da fala de seus alunos, foram, também, os seus níveis intelectuais, avaliados como herdados genética e organicamente (BERBERIAN, 1995/2007). Apropriando-se dessa visão organicista, a Fonoaudiologia tendeu (e ainda tende) a excluir o histórico e a subjetividade; associou os desvios da língua a problemas exclusivamente orgânicos e incluiu a necessidade de corrigir tais problemas (MAIA, 1987). Complementando essa afirmação, Cunha (1997: 38) esclarece que o fonoaudiólogo *ouve/percebe uma fala defeituosa na perspectiva de consertá-la e, somente depois, ela se tornará algo passível de atribuição de sentidos*.

Pelas considerações acima, pode-se dizer que essa imposição ideológica de “ensinar a falar corretamente” não estava só no discurso dos profissionais, mas também no discurso da sociedade que generalizava a atuação dos fonoaudiólogos como profissionais especialistas em tratar indivíduos portadores de anormalidades na fala e na escrita. Estas anormalidades (*chamados distúrbios da comunicação humana*), associadas à etiologia da ordem do orgânico, ou

do emocional, e, principalmente, a preconceitos sociais deveriam ser eliminados, para assim se alcançar a homogeneização da língua e o cidadão ideal.

Vale a pena dizer que, entre as décadas de 30 e 50 do século XX, o Brasil enfrentou conflitos quanto à formação de um Estado forte e de uma identidade nacional (MASINI, 2004). Getúlio Vargas concentrou o poder nas mãos do governo e instituiu o Estado Novo. O modelo político-social que Getúlio Vargas exercia foi caracterizado pela divisão de classes (a partir da divisão de poderes), porém, o lema político era de que todos os grupos sociais da Nação brasileira deveriam tornar-se *um*, o que exigia a unificação da língua e a padronização social; assim todos poderiam se comunicar e produzir econômica e culturalmente bens nacionais, ou seja, todos os brasileiros à serviço do Estado. Fica, então, estabelecido um ideário (imaginário) de que a população em geral não sabia falar a língua.

Ou seja, inicia-se uma grande utopia de que aquele que praticasse o uso da norma da língua, teria mais oportunidades de promoção econômica e social e, por consequência, o progresso econômico do país. Desta forma, os governantes, na categoria de dirigentes, atribuíam à população o encargo de uma certa disciplina e de uma evolução pessoal (ZANIBONI, 2007). Houve, então, com esta indução da homogeneização da língua, uma ação de desapropriação cultural dos migrantes rurais e dos brasileiros economicamente desfavorecidos, excluindo seus hábitos e sua cultura pela negação de sua história.

No sentido acima, a heterogeneidade cultural e lingüística da população brasileira passou a ser vista como um obstáculo para o desenvolvimento. Esta conduta político-ideológica, desconhece ou leva à risca, a afirmação de Bakhtin (1965: 112), segundo a qual “*as línguas são concepções do mundo, não abstratas, mas concretas, sociais, atravessadas pelo sistema das apreciações, inseparáveis da prática corrente e da luta de classes*”. Resta-me dizer que, infelizmente, os detentores do domínio político, econômico e da cultura mais privilegiada, acreditaram ser, também, detentores de uma língua mais correta? Mais limpa? Mais bela? Mais cultivada? Conseqüentemente, as pessoas excluídas do poder político e aquisitivo, também são excluídas da ação de *poder falar* (BAGNO, 2003).

As palavras de Marilena Chauí (2000: 80) iluminam ainda mais esta nossa reflexão:

Conservando as marcas da sociedade colonial escravista, ou aquilo que alguns estudiosos designam como “cultura senhorial”, a sociedade brasileira é marcada pela estrutura hierárquica do espaço social que determina a forma de uma sociedade fortemente verticalizada em todos os seus aspectos: nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece.

Falar bem, seguindo o modelo da norma culta constitui um sinal de importância social, guarda em si características ideológicas, até os dias de hoje. Não só em situações de conflito entre as classes econômicas, mas em todas as relações de poder. Considero que, é nesse contexto que a concepção de clínica fonoaudiológica tradicional se mantém; ela representa a viva ideologia do bom/mau falante em nossa sociedade e nas esferas multidisciplinares que acompanham a atividade humana. Sendo assim, à medida que a Fonoaudiologia corrige erros, sem interpretá-los, ela nega a participação ativa do falante em sua comunidade lingüística. As palavras de Foucault (2002: 61-62) nos ajudam a entender que:

[...] a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado. [...] a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, uma espécie de poder normativo.

É interessante destacar que a exigência da norma da língua (preconizada pelos fonoaudiólogos) serve ao exercício do poder, afinal, pela história da profissão, ela se acha no direito de quantificar e de corrigir. Nota-se que esta concepção opõe-se à de Foucault, segundo quem a norma é para qualificar. Desta maneira, os fonoaudiólogos produzem a necessidade terapêutica de exigir dos sujeitos, por exemplo, os afásicos, uma reprodução da língua-padrão, por meio de sessões direcionadas para atividades gramaticais. Um efeito nocivo e autoritário a que esta prática induz é a de que qualquer manifestação que não se adegue à norma gramatical da língua seja classificada como *erro* e, portanto, os sujeitos que não usam a variedade padrão ou as regras convencionais são excluídos socialmente. Apesar de que Foucault ressalva que a *norma*

está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, do modo como é na Fonoaudiologia Tradicional, a técnica negativiza o sujeito e a sua transformação, por isso, não ocorre, transformação (mais uma vez fica evidenciado novamente que o sujeito é eliminado deste poder estabelecido).

Parece-me, como afirma Zaniboni (2007), também apoiada em Foucault, que seria possível pensar a norma da língua como numa condição não estática e sim de processo, o que sugere constante modificação e reformulação. É desta forma que se produzem maiores condições de expressão dos sujeitos, inclusive aqueles com queixa fonoaudiológica, e maior autonomia lingüística dentro de suas práticas sociais. Para isso, se faz necessário que a Fonoaudiologia considere o caráter dinâmico da língua e o seu valor histórico-cultural. Em vez de potencializar o “erro”, é necessário que a Fonoaudiologia consiga valorizar a diferença e a variedade como atributos previsíveis do funcionamento da linguagem.

A partir desses conceitos, minha argumentação vai na direção de que o que é definido como oposto à norma - *o anormal* -, não deve ser fundamentalmente caracterizado como *patológico*. As regras estabelecidas têm relação com a história, com a cultura, com a ideologia, de modo que todo movimento do sujeito pode ser visto como resultante de um funcionamento lingüístico e social.

É possível ampliar os argumentos acima, aproximando-nos de Canguilhem (1904-95/2007), autor que também contribui para essa discussão, garantindo que a norma, antes de instituir, é instituída segundo acordos e interesses de uma *classe dominante*. Com isso, é possível afirmar que o nascimento da Fonoaudiologia no Brasil se deu juntamente com a necessidade social e política de modernizar e de fazer prosperar o país. Porém, isso se deu a partir da correção e normatização da língua, uma atividade que, conforme dito e será repetido, tem funcionamento sistêmico, mas aberto/público (FRANCHI, 1977/92).

Estas considerações permitem desvendar os vínculos entre o processo de consolidação da Fonoaudiologia e a proposta sanitaria (século XIX) que tomava como objetivo higienizar o meio e, porque não a língua? Destaca-se, mais uma vez, uma Fonoaudiologia a serviço do

biológico, um aspecto bem explorado pela Medicina, área que, no Brasil, conforme Chammé (1988: 8) esteve vinculada aos ideais burgueses e capitalistas:

No Brasil, as características da ordenação sanitária foram instaladas no século XIX delineadas por um discurso médico-higiênico que acompanhou o processo de transformação política e econômica e a projeção de uma elite dominante com ideais burgueses demarcada por uma ordem social capitalista, ocasião em que à higiene teve alvos a cidade colonial e a educação sanitária das elites [...] Embora tendo a Higiene decidido que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade como causas de doença, cabendo à medicina neutralizar todo perigo possível, tornou-se ela instrumento do planejamento urbano.

Conseqüentemente, a partir destes interesses, inicia-se um processo de *nomeação (normal/anormal)*, tanto das diferenças sociais e culturais, quanto dos graus das doenças. Como afirma Zaniboni (2007), amplia-se uma educação exclusiva para a doença e elaboram-se modelos de cura e de prevenção a ela. Parece haver a celebração de um *contrato* (in)formal entre *os donos do saber* – no caso os médicos e a sociedade burguesa – e as classes subalternas, que se isentam dos seus encargos e dos seus compromissos, direcionando-os à classe dominante. Talvez, este raciocínio explique as razões pelas quais, até os dias atuais, a Fonoaudiologia seja percebida como uma área diretamente ligada à Medicina e a serviço dela. Parece-me que, isto sugere uma espécie de necessidade de a Fonoaudiologia tradicional *denominar* a doença e dominá-la como se o nome (diagnóstico) desse toda condição do prognóstico, e com isso, fosse capaz de acalmar as angústias. Angústias que podem ser tanto do terapeuta, embasado em uma visão tradicional-hegemônica, como do próprio paciente e/ou sua família. Observa-se uma enorme preocupação em descrever com uma palavra toda a complexidade do sujeito e seus sintomas. Entretanto, um diagnóstico estanque, por si só, não abre lacunas para os questionamentos (do próprio paciente, de sua família e/ou da sociedade).

Desta forma, não abrindo espaço para nenhum questionamento, inicia-se mais uma vez, o jogo de poder. Para Foucault (1979: X) “*não há algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente*”.

Portanto, seguindo o raciocínio do autor, o poder em si não existe; o que existe são *práticas* ou *relações de poder*. Para as relações de poder não interessam

[...] expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades. Objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumento do efeito de seu trabalho, isto é, tornar os homens força de trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência. De luta, de insurreição contra as ordens do poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente. Portanto, aumentar a utilidade econômica e diminuir os inconvenientes, os perigos políticos; aumentar a força econômica e diminuir a força política (FOUCAULT, 1979; XVI).

A este tipo específico de relação de poder, Foucault chamou de *disciplina ou poder de disciplina*, um instrumento no qual se pode trabalhar o corpo do homem, manipular seus elementos, determinar seus comportamentos e, conseqüentemente, produzir o tipo de homem necessário para o bom funcionamento e manutenção da sociedade (industrial e capitalista). Nesse sentido, “*a disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras*” (FOUCAULT, 2000: 36).

Como já dito, Foucault (1926-1984/2006), analisa a Medicina como uma área/disciplina que visa atingir e aprisionar os corpos. *Não pretende punir, mas curar; não pretende castigar, mas corrigir, e o faz apenas por meio da suspensão da liberdade do sujeito.*

O que se pretendeu (e ainda se pretende), com o poder político da Medicina e, de certa forma, com a institucionalização da Fonoaudiologia (vinculada a ela - Medicina) é distribuir os indivíduos em categorias de doentes, manipular seus órgãos, isolá-los, individualizá-los e vigiá-los. Desta forma, há maior possibilidade de “*prender a sociedade em um ambiente esquadrihado, dividido, inspecionado, coberto por um olhar constante e controlado por um registro*” (FOUCAULT, 1979: XVII)⁹.

⁹ Sob essa mesma perspectiva, é de se assinalar, também, que tanto a Medicina quanto a Fonoaudiologia conhecem, em sua trajetória, a interferência de um outro profissional que também exerce um poder sobre o sujeito desviante: o

Segundo Porter (1993), quando se rotula uma doença, espera-se, com isso, diminuir a ansiedade da ignorância. Portanto, ao *nomear* as doenças fica mais fácil direcionar as condutas terapêuticas, enquadrá-las, inspecioná-las. O que se pode notar é que a sociedade glamouriza a doença, de sorte que um aspecto em princípio visto como negativo converte-se em positivo, tanto para a clínica médica quanto para a fonoaudiológica, já que esta é guiada pelos caminhos daquela. Ou seja, a sociedade precisa e busca que suas manifestações psíquicas, orgânicas, emocionais, físicas, sejam nomeadas (rotuladas). Exemplo disso é o que faz a classe médica quando estigmatiza algumas manifestações como: dislexia, hiperatividade, déficit de atenção, depressão, transtorno bipolar, entre outros. O nome acalma as angústias da família e/ou do próprio sujeito e, conseqüentemente, os atrai para um status social (a classe dos “doentes”).

Porter destaca o uso exagerado dos jargões técnicos empregados pelos médicos, questionando se sua utilidade residiria em auxiliar ou impedir a comunicação do médico com seu paciente. Nesse sentido, que essa visão surge para reforçar a autoridade exercida pelo médico sobre o doente (que sabe o que sente e, quando se queixa, resume a doença em suas palavras).

Talvez o que tal relação caracteriza seja uma espécie de acordo implícito entre os envolvidos, no qual os dois pólos optam pela conformidade aos rótulos, em detrimento da investigação apurada e da complexidade dos fatores determinantes do processo saúde/doença. Sabe-se que na época pré-moderna tal relação foi diferente; nessa época o médico em geral não tinha escolha, ele precisava ouvir a história de seus pacientes para, em seguida, oferecer-lhes uma resposta convincente. Isto porque, entre outros fatos, não recebia apoio da hierarquia institucional (ou de um plano de carreira), e também, não tinha a tecnologia somática (inspeção dos órgãos invisíveis).

profissional do Direito. Tal profissional, também tende a cultivar uma força controladora sobre o cidadão que não cumpre com as regras sociais e políticas (Zaniboni, 2007). Além da procura por uma regularidade da língua e do funcionamento do ser humano, há prioridades governamentais em relação àqueles que não correspondem às necessidades e interesses políticos de produção. Desta forma, estes cidadãos são tidos como um perigo social, político e econômico, pela improdutividade e inutilidade. No que se refere, ainda, aos papéis dos brasileiros, Bagno (2003) defende que *a educação não é um direito do cidadão e um dever do Estado*, mas um adereço social, uma autorização para a inclusão em determinados círculos de poder, econômico e/ou político. Exemplificando, o autor destaca os filhos da raça branca nacional que estudavam Direito em Coimbra, São Paulo e Recife, exclusivamente para ocupar os cargos mais importantes do *funcionalismo público e da esfera política*.

Na mesma obra citada acima, Porter afirma que tanto o médico como o paciente são pessoas que com o tempo estão se tornando *súditas do império da moda*, devido à grande necessidade de encontrar nomes para cada distúrbio. Por se tratar de uma moda (“*esta circunstância sozinha é suficiente para fazer com que o termo seja elegante*”) em que o tópico central de suas conversas gira em torno da comunicação mútua de suas doenças. Porter (1993, 365) afirma que “*a doença põe a linguagem inevitavelmente sob tensão*”.

Do meu ponto de vista, é nesse sentido que Foucault (1926-84/2006) afirma que a Medicina clínica surgiu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a composição de sua racionalidade. O diálogo entre o médico e o doente tem seu estilo e gramática própria, que permite reconhecer o real jogo clínico criando, nele, discursos tão particulares. De acordo com o autor:

[...] toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isso em todos os níveis de experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc. [...] a clínica, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos acontecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença [...] (FOUCAULT, 1926-84/2006: XVI).

Nota-se que, segundo as reflexões filosóficas de Foucault, as inquietações são trazidas com e pelo próprio doente. Para reconhecer a realidade patológica, o médico deve abstrair do doente, a nomenclatura, afinal, a doença só existe no doente na medida em que ela (nomenclatura) a institui como natureza. Para os profissionais classificadores (médicos, pedagogos, fonoaudiólogos, sociedade), em geral, esse ato fundamental consiste em definir, situar um sintoma em uma doença, orientar a doença no interior de um plano patológico e nomeá-la e, conseqüentemente, inserí-la em uma sociedade que a mereça e a reconheça. Ao paciente cabe a descrição pormenorizada. Nas palavras de Foucault (1926-1984/2006: 209)

“é preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente”.

Foucault (idem) assegura que a Medicina não deveria ser apenas o *corpus de técnicas da cura e do saber*, mas uma ciência em busca de entender o homem não doente, o homem saudável. Do meu ponto de vista, a Fonoaudiologia também poderia fazer o mesmo. O que implicaria um grande movimento no interior da área. Um bom começo seria aproximar a Fonoaudiologia de reflexões filosóficas, antropológicas, sócio-históricas, ainda durante a graduação. Para isso, a práxis clínica antes de ser um campo nosológico inteiramente estruturado, deveria ser um encontro de pessoas para decifrar uma verdade singular. Quero dizer com isso que a clínica pode ser espaço para reflexão e reelaboração do processo saúde/doença (cf. FEDOSSE, 2008).

Tradicionalmente, na clínica se encontram *doenças* cujo *portador* é passivo. Nela está presente a “*doença no corpo que lhe é próprio, que não é o doente, mas o de sua verdade. O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que se percebe um espetáculo*”(FOUCAULT, 1926-84/2006: 118). Isto é, as doenças não têm outro fato além da ordem de sua composição e a busca incessante pelo *nome*. Se não houver, por parte do profissional, conhecimento sobre o processo, a mera busca pelo nome exclui os segredos, que cada indivíduo guarda atrás de suas possíveis patologias.

Atualmente ainda existe entre as doenças uma infundável quantidade de categorias clínicas que resulta em uma hierarquia desnecessária, fundamentada, talvez, para facilitar ao médico/fonoaudiólogo o encontro dos sintomas. Canguilhem (1904-95/2007: 38) enfatiza que a doença não difere da saúde, o patológico não difere do normal, como uma classe difere de outra, mas o que há é variação de grau no interior do processo saúde/doença:

[...] A saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente, como talvez tenham pensado os antigos médicos e como ainda pensam alguns. É preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. Isso são velharias médicas. Na realidade, entre essas duas maneiras de ser há apenas diferenças de grau: a exageração, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doentio [...].

O conceito do normal que se tem hoje depende da possibilidade de violação da regra, (tanto social como médica/fonoaudiológica). Por isso as definições de saúde e de doença devem ser bem analisadas; afinal, nem sempre o “primitivo” precisa ser positivo, assim como o negativo não precisa ser nulo. A saúde é positiva, mas não é primitiva; a doença é negativa, (sob a forma de aversão) e não de escassez (CANGUILHEM, 1904-95/2007).

Vale ressaltar que, tradicionalmente, na definição da doença está incutida a definição de doente, fato que na atualidade, o médico/ fonoaudiólogo nem sempre consegue ver. Segundo Canguilhem (1904-1995/2007: 174) para certos profissionais da saúde - *“na doença, o que há de menos importante, é o homem”*. A propósito da condição de doente, convém lembrar que estar doente significa, entre outras classificações, ser indesejável, nocivo, incapaz, desvalorizado socialmente; justamente o contrário dos valores designados à saúde: disposição para o trabalho físico, capacidade de reprodução, vida longa, força, ausência de dor, resistência à fadiga, entre outros.

O que parece interessar para a classe médica e, também, para a Fonoaudiologia Tradicional é diagnosticar e sanar problemas. Ainda persistem em falar das doenças por meio de interrogatórios clínicos e processos terapêuticos desvinculados dos fatores sócio-culturais, pois, ainda valorizam como peça, os órgãos do doente.

O que me parece, de um ponto de vista mais objetivo, é que para essas disciplinas (Medicina e Fonoaudiologia) interessa a anomalia orgânica. Entretanto, conforme afirma Canguilhem o *anormal* não é o patológico. Patológico sugere *pathos*, um sentimento que a pessoa tem de impotência e incapacidade perante as exigências da vida. Portanto, ser ou estar doente é um estado do sujeito, não apenas em relação aos outros, mas em relação a si mesmo. O que em determinadas situações pode ser considerado como normal, em outras pode ser descrito como patológico. Quem faz, portanto, essa relação é o próprio sujeito, afinal, é ele quem sofre diretamente as conseqüências no momento em que se vê diante das tarefas da vida.

Canguilhem (1904-95/2007: 90) esclarece que para a Medicina (acrescento – para a Fonoaudiologia) deveria interessar “*a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor, e não um conceito de realidade estatística*”.

Se é verdade que os fenômenos patológicos são modificações regulares dos fenômenos normais, não se pode tirar, dos primeiros, nenhum esclarecimento relativo aos segundos, a não ser que se tenha percebido o sentido original dessa modificação. Portanto, é preciso começar por compreender que o fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada. É preciso ter sempre em mente a transformação da personalidade do doente. Caso contrário, arriscamos a ignorar que o doente, mesmo quando é capaz de reações semelhantes às que antes podia ter, pode chegar a essas reações por caminhos completamente diferentes. Essas reações aparentemente equivalentes às reações normais anteriores não são resíduos do comportamento normal anterior, não são o resultado de uma redução ou de uma diminuição, não são o aspecto normal da vida menos alguma coisa que foi destruída, são reações que jamais se apresentam no indivíduo normal sob a mesma forma e nas mesmas condições. (CANGUILHEM, 1904-95/2007: 137)

Estas considerações sugerem que o conteúdo patológico não pode ser subtraído do conteúdo da saúde: “*a doença não é uma variação da dimensão da saúde, ela é uma nova dimensão da vida*” (CANGUILHEM, 1904-95/2007: 176). Todavia, parece-me que a Medicina (e também a Fonoaudiologia) só existem porque as pessoas se sentem doentes e precisam ouvir de seus médicos/fonoaudiólogos o nome da possível patologia que os domina¹⁰. De todo modo, é certo que o par médico/doente, não apresenta, historicamente, uma relação harmoniosa. Diante do médico o doente é apenas um componente passivo e flexível às manipulações e aos apelos externos. “*Para corpo inerte, medicina ativa*” (CANGUILHEM, 1904/2005: 12).

No decorrer da história, os doentes continuam sendo tratados, não como sujeitos de sua doença, mas como objetos. Porém, pelas mesmas razões históricas/culturais o doente também se beneficia desses rótulos (com esse estigma, há sempre assuntos a serem falados e ouvidos em diversas rodas de conversa). É neste ponto que o discurso médico (também fonoaudiológico) encontra sua justificativa, pois a disciplina médica/fonoaudiológica tradicional permanecem nas práticas sociais e políticas, com o objetivo de regulamentar e controlar a vida dos indivíduos.

¹⁰ Recordo-me de um dado concreto que bem ilustra o que pretendo dizer: no final de uma avaliação fonoaudiológica realizada por mim (14/05/08), a mãe do menino avaliado de 04 anos (que falava pouco por pouco falarem com ele) na devolutiva afirma: “*eu preciso que ele tenha alguma coisa*”.

Pelos argumentos aqui traçados, pode-se dizer, então, que é a partir dessas premissas teóricas que a Fonoaudiologia tradicional-hegemônica ainda apresenta sua práxis voltada apenas para o sintoma da doença, observando assim, o produto final e não o processo. Esse posicionamento (prático) reflete conhecimentos teóricos biologizantes e faz com que os fonoaudiólogos busquem respostas em exames objetivos (por exemplo, topográficos), procurando visualizar o local da lesão, identificar os sintomas, diagnosticar e nomear as ditas patologias da linguagem. Conseqüentemente, com essa clínica produz-se um certo distanciamento entre o sujeito e o profissional envolvido com ele, esquece-se que o sentido é construído no uso social da linguagem. Como afirma Zaniboni (2007), certamente apoiada em autores que compartilham a perspectiva discursiva¹¹, é na interlocução que se viabiliza a construção do sentido e a constituição do sujeito, mediadas pela alteridade, que acontece em processos de especularidade e complementariedade (DE LEMOS, 1982) vivenciados entre “um eu e um tu”.

Compreende-se, assim, que a construção diádica (dada na interlocução) é, pois, realizada em conjunto; ora um sujeito é locutor, ora interlocutor. Algumas vezes, permanece ativo no diálogo, outras vezes, passivo. Isso define, portanto, a reversibilidade de papéis, evidenciando, deste modo, a necessidade de se viver em sociedade (em grupo); em outras palavras, em convivência, em constante interação com o outro e com mundo. Nessa dinâmica interacional todos os sujeitos envolvidos desenvolvem e ampliam formas diferentes de uso e interpretação da linguagem (comunicação) verbal e não verbal. A compreensão de uma palavra é sempre acompanhada de uma *atitude responsiva ativa* (BAKTHIN, 2000), ou seja, o ouvinte não aguarda passivamente o falante concluir seu turno, ele está em constante elaboração e trabalho discursivo, usando para isso diferentes recursos da linguagem: auditivos, visuais, táteis-cinestésicos e demais processos cognitivos.

Penso que a Fonoaudiologia tradicional-hegemônica deveria (re)pensar sua práxis, e nos diferentes contextos de sua atuação valorizar uma ação produtiva da linguagem. Tal feito se viabiliza pela adoção da concepção franchiana de linguagem (linguagem como atividade constitutiva):

¹¹ Coudry e Possenti (1983); Possenti e Coudry (1990); Possenti (1992); Geraldi (1991/1993); Novaes-Pinto (1999); Freire (1999/2004; 2005); Fedosse (2000; 2008), Flosi (2003), entre outros.

Certamente a linguagem se utiliza como instrumento de comunicação, certamente comunicamos por ela aos outros, nossas experiências, estabelecemos por ela, com os outros, laços “contratuais” por que interagimos e nos compreendemos, influenciamos os outros com nossas opções relativas ao modo peculiar de ver e sentir o mundo, com decisões conseqüentes sobre o modo de atuar nele. Mas, se queremos imaginar esse comportamento como uma “ação” livre e ativa e criadora, suscetível de pelo menos renovar-se ultrapassando as convenções e as heranças, processo em crise de quem é agente e não mero receptáculo da cultura, temos então que apreendê-la nessa relação instável de interioridade e exterioridade, de diálogo e solilóquio: antes de ser para a comunicação, a linguagem é para a elaboração; e antes de ser mensagem, a linguagem é construção do pensamento; e antes de ser veículo de sentimentos, idéias, emoções, aspirações, a linguagem é um processo criador em que organizamos e informamos as nossas experiências (FRANCHI, 1992: 25).

Capítulo II - Discutindo a fundamentação teórico-prática sobre linguagem na Fonoaudiologia

Conforme visto no capítulo anterior, para se definir como profissão e ciência, a Fonoaudiologia foi pautada pela unificação da população, através da uniformização da língua nacional, recorrendo ao saber biológico, representado, especialmente, pelo saber médico. Pode-se dizer, portanto, que pelo poder dado ao terapeuta/fonoaudiólogo ele tem em suas mãos a correção dos desvios da língua(gem) de seus pacientes.

Seria um poder, ou uma ilusão de poder?

Segundo Severino (1996) a Fonoaudiologia se ocupa de fenômenos que podem ser observados e analisados pelos terapeutas, constituindo-se, assim, como uma prática clínica. Uma prática que segue um modelo clínico mais avaliativo do que terapêutico e que tem como objetivo principal identificar *erros*. Sob essa circunstância, a Fonoaudiologia tradicional-hegemônica valoriza exclusivamente o caráter estático da língua(gem) e apaga as ações do sujeito, tornando-o passível de qualquer atitude, com aptidão apenas para absorver e congregar as decisões estabelecidas pelo meio que está inserido.

Continuando a reflexão iniciada no final do capítulo I, a respeito da linguagem, atividade que exhibe os fenômenos observáveis e analisáveis, com as quais a Fonoaudiologia se envolve, cabe destacar que:

Não há nada imanente na linguagem, salvo sua força criadora e constitutiva [...] não há nada universal, salvo o processo – a forma, a estrutura dessa atividade. A linguagem, pois, não é um dado ou resultado, mas um trabalho que “dá forma” ao conteúdo variável de nossas experiências, trabalho de construção, de retificação do “vivido”, que ao mesmo tempo constitui o sistema simbólico mediante o qual se opera sobre a realidade como um sistema de referências em que aquele se torna significativo. Um trabalho coletivo, em que cada um se identifica com os outros e a eles se contrapõe, seja assumindo a história e a presença, seja exercendo suas opções solitárias. (FRANCHI, 1977/1992: 31)

No sentido acima, a relação entre o sujeito e o mundo se compreende como uma relação ativa. É propriamente essa noção que Franchi (1987: 8) defende afirmando que

[...] o homem intervém espontaneamente no curso dos fenômenos, estabelece relações novas, define novos modos de estruturação do real. Não se limita, pois, a observar e assimilar, a estar disponível para a “lição das coisas”, mas a fazer delas o objeto mutável e adaptável da ação do sujeito.

Veja-se que esta concepção difere significativamente da que instaurou a Fonoaudiologia como profissão e ciência. Ao legitimar a padronização da língua, optou-se por uma concepção de linguagem que exclui o sujeito de qualquer ação sobre, na e da linguagem. Foi assim que a Fonoaudiologia se especializou: no isolamento daquele não versado, no uso da língua normativa (da norma culta), fazendo com que a sociedade o visse como um sujeito menor, desprovido de valor, doente. Neste contexto também se instala a polarização entre o terapeuta (homem forte e dono de um saber inquestionável) e o paciente (pessoa deficiente e frágil devido aos desvios de linguagem que apresenta), reafirmando a sensação real que a sociedade já impõe ao sujeito como não conhecedor da própria língua.

Como já ficou registrado anteriormente neste trabalho, enraizada na Medicina, a Fonoaudiologia no Brasil teve como seus primeiros profissionais médicos e educadores, os quais estipularam uma disciplina a ser cumprida: higienizar a língua. As características científicas de avaliar, julgar e corrigir os desvios da língua(gem) acabaram, pois, constituindo a identidade do profissional fonoaudiólogo. Ao mesmo tempo em que se estabeleceu o fonoaudiólogo como personagem produtivo/forte (autoridade), estabeleceu os sujeitos com variações lingüísticas como improdutivos/fracos (dependentes). Ao invés de dispensar ao sujeito um olhar voltado para melhorar as suas condições de vida e/ou sobrevivência, o fonoaudiólogo tem dedicado sua atenção quase que exclusivamente para a doença, melhor dizendo, para o *nome* (diagnóstico) da doença, e como desdobramento, realiza uma ação curativa (remediativa, prescritiva). Segundo Cappelletti (2001: 12), a palavra *curativa* expressa a “*busca do curar-se, estar são, recobrar a saúde*”. Porém, Campos (2006a: 50-51) propõe uma reconstrução do conceito de *cura*:

Curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do “coeficiente de autonomia” dessa própria pessoa. Isso faria parte do processo terapêutico, para assim melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida. [...] isso exigiria de cada Equipe de Saúde uma abordagem mais integral e holística de cada caso, levando-as a superar, na prática, o mecanismo biologicista e reducionista que vem sustentando teoricamente a degradação da clínica. Defendo um movimento progressivo, um processo, onde se buscaria descentrar, ampliar o horizonte e as responsabilidades do olhar clínico, demonstrando que a cura ou a promoção da saúde dependem sempre do meio social e da história psíquica de cada indivíduo e que, portanto, as ações clínicas, se pretenderem eficazes, não poderão nunca se restringir à mera utilização de drogas ou de técnicas cirúrgicas.

Por isso, acredita-se na necessidade de uma teoria de linguagem e de saúde que inclua o sujeito, ao invés apenas de enfatizar os sintomas, os desvios, os erros e o que falta em sua fala ou vida; faltas essas já potencializadas pelas instituições sociais (médicos, fonoaudiólogos, escola, etc). Afinal, segundo a afirmação de Campos (2006b: 43)

[...] o sujeito interfere no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Com esta finalidade busca conhecer ou pelo menos compreender a si mesmo e ao mundo da vida. Para isso os sujeitos interagem com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos em que há múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um.

Posto isso, parte-se, agora, para uma análise pontual de como faz falta à Fonoaudiologia conhecimentos sobre o funcionamento da linguagem. Elegem-se dados do trabalho fonoaudiológico realizado junto a um sujeito afásico para demonstrar e fortalecer nossa argumentação para a adoção de um ponto de vista discursivo nos estudos e nas práticas fonoaudiológicas, onde situações dialógicas e práticas discursivas permitem o exercício da linguagem, o exercício subjetivo com a língua e com a cultura. Apoio-me, sobretudo, nos estudos de Coudry, autora que toma os *processos patológicos como lugar de [...] exercício de uma condição particular que se relaciona com processos normais de significação; e não como o que falta, a falha, o déficit, em relação a uma língua e a um sujeito ideais (COUDRY, 2001).*

Os meus esforços são no sentido de afastar a idéia de que o exercício vivo da linguagem (COUDRY, 2001) é desnecessário. Até hoje, alguns profissionais que lidam, por

exemplo, com sujeitos afásicos (neurologistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos) trabalham com uma concepção de língua como um sistema fechado, estático e sem qualquer tipo de movimento. Desta forma, após a avaliação de sujeitos afásicos (embasada por esse tipo de concepção), os profissionais classificam o sujeito de acordo com as categorias tradicionalmente determinadas e o conduzem a uma terapia que potencializa o que falta.

Os dados que se seguem, derivados da perspectiva tradicional-hegemônica, mostram o modo como a língua e a linguagem estão representadas nas atividades de avaliação e terapia fonoaudiológica com sujeitos afásicos; mostram um sujeito transformado em paciente, “que precisa de muita paciência para enfrentar tanta tarefa inútil e confusa”.

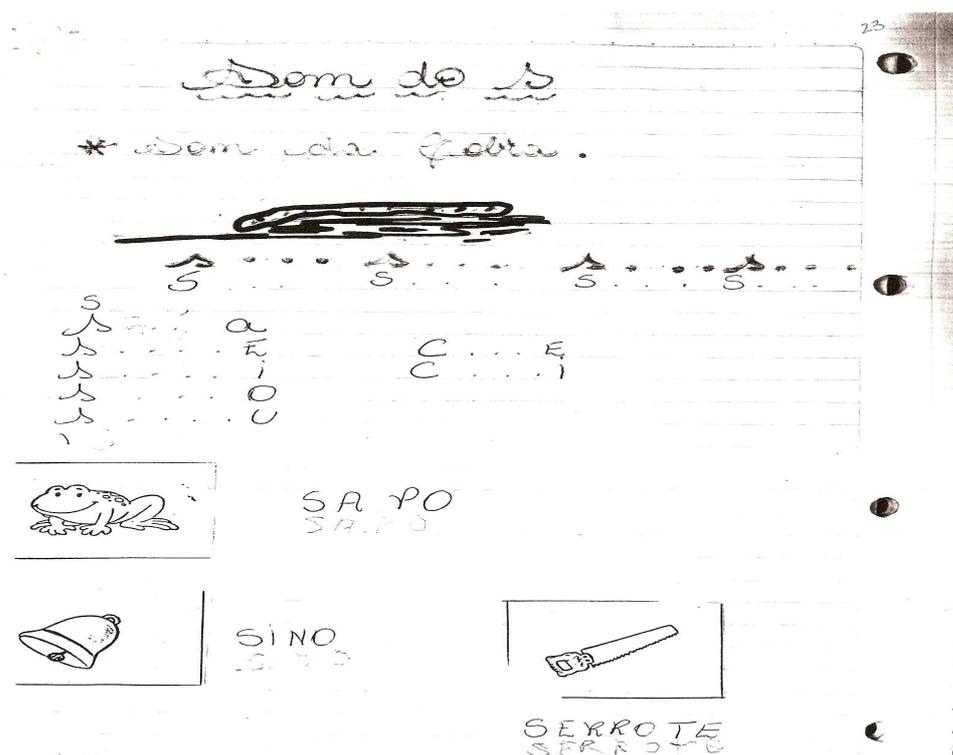


Ilustração 1: Treino articulatório I.

Este exercício (Ilustração 1) é para treinar a pronúncia de palavras a partir do desenho. Exercício este que, restringe a relação do sujeito com a linguagem.

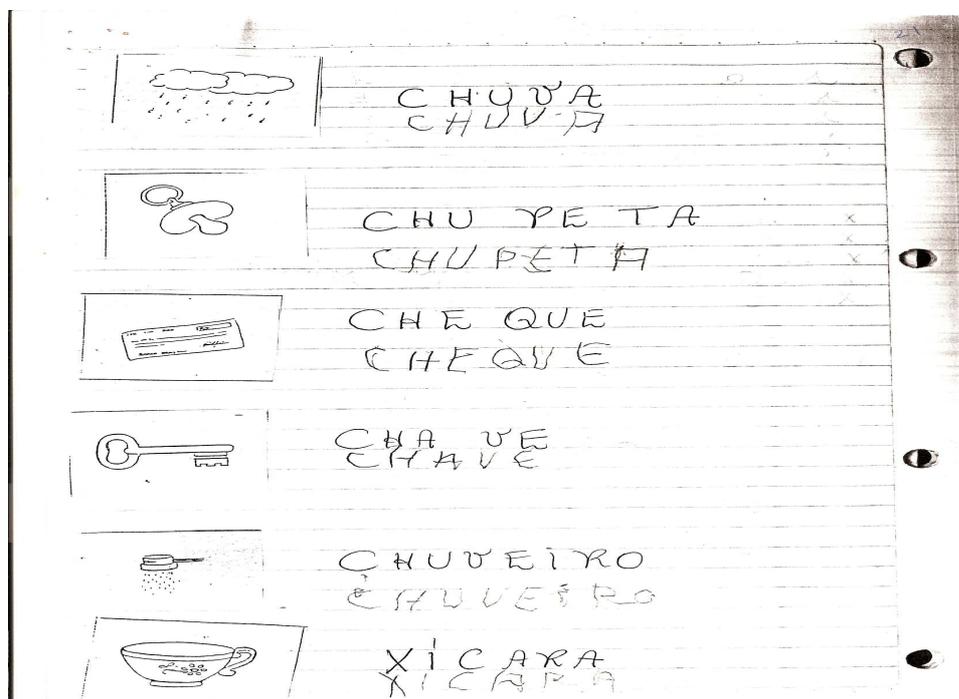


Ilustração 2: Treino articulatório II.

Esse exercício tem a pretensão de favorecer a produção do /ç/, fonema não produzido pelo sujeito. A repetição fala/leitura/escrita também restringe por demais a relação do sujeito com a linguagem.

Ressalto que a atividade “som do sapo” (cf. Ilustração 1), como a do “desenho/escrita copiada” (cf. Ilustração 2), mostram acima de tudo, uma atitude infantilizada sobre a língua e a linguagem, fechada em termos de possibilidades associativas. É como se emitir som/fonema e copiar palavras esgotassem o complexo trabalho de falar e de escrever. Acreditamos que não há treino de língua (oral/escrita). Diferentemente, e com base em Freud, Vygotsky e Luria, defendemos que o sentido é a estrela-guia que orienta/determina a entrada do sujeito no mundo da linguagem, seja pela fala, pela escrita/leitura ou por outros sistemas semióticos que também conduzem ao sentido (COUDRY, 2008; BORDIN, 2008; FEDOSSE, 2008). Isso pode se dar por meio de atividades que efetivamente ocupam um lugar na vida de cada sujeito (no trabalho, no

clube, com a família e com os amigos, na faculdade, na pizzaria, etc.), bem como pode abrir outros campos de interesse.

20/08/95

Repetir vários vezes : (aumentar velocidade as pausas) "

→ PARÁ - PARÁ - PARÁ ...

Treinar

^{azul} PRATO (^{vermelho} PARATO)

PRATA (PARATA)

PRAÇA (PARAÇA)

PRAIA (PARAIA)

PRAGA (PARAGA)

PRAZO (PARAZO)

Obs: tentar falar a palavra em azul, se estiver difícil, tentar falar repetido como no vermelho.

Repetir vários vezes : (diminuindo velocidade)

→ ARARA - ARARA - ARARA - ARARA ...

Treinar

CARA	CERA	SIRI	SORO
SARA	FEIRA	GARI	COURO
PARA	PARE	NARIZ	TIRO
MARA	VIRE	GURI	CHEIRO
LARA	SEGRE	TOURO	PERU
VARA	JACARÉ	FEROZ	CANGURU
TORA	PIRES	CARO	BAURU
PERA	PENDURE	PURO	

Treinar

LIRA	GALERA	SERELEPE	GELADEIRA
LAURA	GOUEIRO	PIRILAMPO	CARAVELA
LOURD	LIGEIRO	CAOURA	PIRULITO
LÍRIO	MALEIRO	PARALELA	CAROLINA
COLÍRIO	PULARA	TOUERANTE	PILOTARA
PÉROLA	SALEIRO	TAGARELA	COLEIRA
BOLERO	SALÁRIO		

Ilustração 3: Treino articulatorio III.

Um pouco de treino articulatorio, por meio de repetição de palavras,... como se treinar a pronúncia de palavras isoladas, fosse falar.

Nota-se que na Ilustração 3 a tarefa do sujeito é treinar o fonema /l/. A tentativa da fonoaudióloga é corrigir a “fala defeituosa” do sujeito afásico. A técnica descontextualizada “domestifica” (ou embrutece) o sujeito afásico e, também, o terapeuta. Deve ser muito difícil desenvolver uma sessão de terapêutica (seja de 30’, 40’, 50’ ou 60’) recorrendo ao treino articulatorio.

No que diz respeito aos aspectos metodológicos, a prática fonoaudiológica tradicional-hegemônica utiliza-se de situações controladas, acreditando que assim obtém dados *confiáveis* (OLIVEIRA, 2007). Nesta perspectiva, o *erro* denuncia o sintoma e é adotado como parâmetro quantitativo para informar o que é da ordem do normal e o que é da ordem do patológico. Os parâmetros quantitativos (fundamentados na aplicação de testes padronizados), na maioria das vezes, priorizam atividades de cópia e ditado de palavras. É nesse sentido que Coudry (1986/88), ao analisar os testes neuropsicológicos, ressalta a predominância de tarefas metalingüísticas, onde não há lugar para atividades epilingüísticas e reflexivas, cruciais para a construção e reconstrução da linguagem de sujeitos afásicos. A propósito, a Fonoaudiologia absorve da Lingüística descrições mais formais, como, por exemplo, as desenvolvidas pelos modelos estruturalistas e gerativistas, ou seja, a Fonoaudiologia recorreu a modelos que apresentam argumentos teóricos voltados unicamente para os aspectos do sistema lingüístico.

5

Repetição (*) Treinar mais (16/07/95)

FATA - BAMA	SADA / LACA	NAZA / PAFA
GARA - JATA	BANA - ZALA	TATA / RAGA
MAVA - PAZA	SAVA - NAJA	LAGA / RABA
GARA - ZAJA	VASA / MAFA	NAPA / JARA
LABA - TAGA	MANA / ZATA	SAJA / LARA
TAGA - JARA	DACA - ZALA	RATA - LAGA
LAVA - BADA	MADA - FACA	CAZA - PARA

1º) Repetir palavra simples uma a uma. Falar a sequência várias vezes.

FATA - BAMA	SADA - LACA	NAZA - PAFA
GARA - JATA	BANA - ZALA	TATA - RAGA
MAVA - PAZA	SAVA - NAJA	LAGA - RABA
GARA - ZAJA	VASA - MAFA	NAPA - JARA
LABA - TAGA	MANA - ZATA	SAJA - LARA

2º) Repetir palavra composta. Pode trocar ordem ou inventar outras (sem significado) para variar.

Ilustração 4: Treino de logatomos.

Nota-se que a fonoaudióloga até deixa o sujeito trocar a ordem e inventar outros logatomos. Pra que? Talvez, pela crença de que o sentido das palavras interfere negativamente na qualidade articulatória delas? Faz isso quem não conhece a complexidade da atividade verbal. Os exercícios de repetição são da pior espécie: descontextualizados e apartados de qualquer possibilidade de sentido fazem com que a atenção do sujeito entre em colapso, o que é incompatível com a condição de aprendizado.

18

Repetir

COPACABANA	TELEVISÃO
ESTRUTURADO	ESTILINGUE
MELHORANDO	PAPELARIA
ESCORREGADOR	PARALELEPIEDO
HELICÓPTERO	CONSTITUIÇÃO
LÍQUIDIFICADOR	ESPARADRAPO
EMBARALHADO	COLORIDO
CALENDÁRIO	

20/12/95

Encontre o maior número de palavras da mesma classe:

(Exemplo: roupas → vestido, saia, coraco, calça...)

- Profusões
- Lores
- Belidas
- Frutas
- Móveis
- Animais
- Cidades
- Esportes
- Brinquedos
- Meios de transporte

Ilustração 5: Produção de palavras polissilábicas e trabalho com categoria de palavras.

23/07/95

► Complete as frases : (expressões com verbo)

- Kristina para loi
- Um livro para
- Uma lição difícil de
- Ele comprou carne para
- Dinheiro é para se
- Ver para
- Casa para
- Ponha a roupa na máquina de
- Rir para não
- Não comprei fita para a máquina de
- Deixa ficar como está, para como fica
- Beber para os mágoas
- Arrumar sarna para se
- Tome o remédio para
- Come para
- São as roupas limpas para
- Comprei cigarros para
- Tenho um dever para

Ilustração 6: Treino de produção de frases I.

Nota-se, na Ilustração 6, o aumento da complexidade (aumento da extensão) da atividade proposta. As expressões com verbo são ambíguas (um médico pode fazer várias coisas: operar, curar, salvar...), antigas, desatualizadas – usa-se, por exemplo, expressões de situações

incomuns na atualidade (quem compra fita para máquina de escrever?). Isso mostra o pouco interesse da atividade por quem de fato a realiza; podendo ser qualquer um ou nenhum.

Respostas:

Onde são cultivados os legumes?

Onde são conservados os carnes?

Onde se coloca os cartões?

Onde se toma banho?

Onde fazemos nossas compras?

Com o que nos penteamos?

Com o que se passa a roupa?

Onde eu me sento?

O que se usa para assar o nariz?

Onde são guardadas as roupas?

Com o que abrimos uma porta?

O que é usado para iluminar?

De que são feitas as roupas?

De que é feito o caderno?

De que é feito os sapatos?

De que é feito uma garrafa?

O que faz a costureira?

O que faz o médico?

O que faz o professor?

O que vende o verdureiro?

O que faz o dentista?

Ilustração 7: Treino de produção de frases II.

Atente-se para o desenho do corpo humano feito pela fonoaudióloga, infantil, mal feito, confuso (setas saindo de todos os lados), bagunçado (feio). Além disso, o desenho se mistura com data e o horário (do atendimento?).

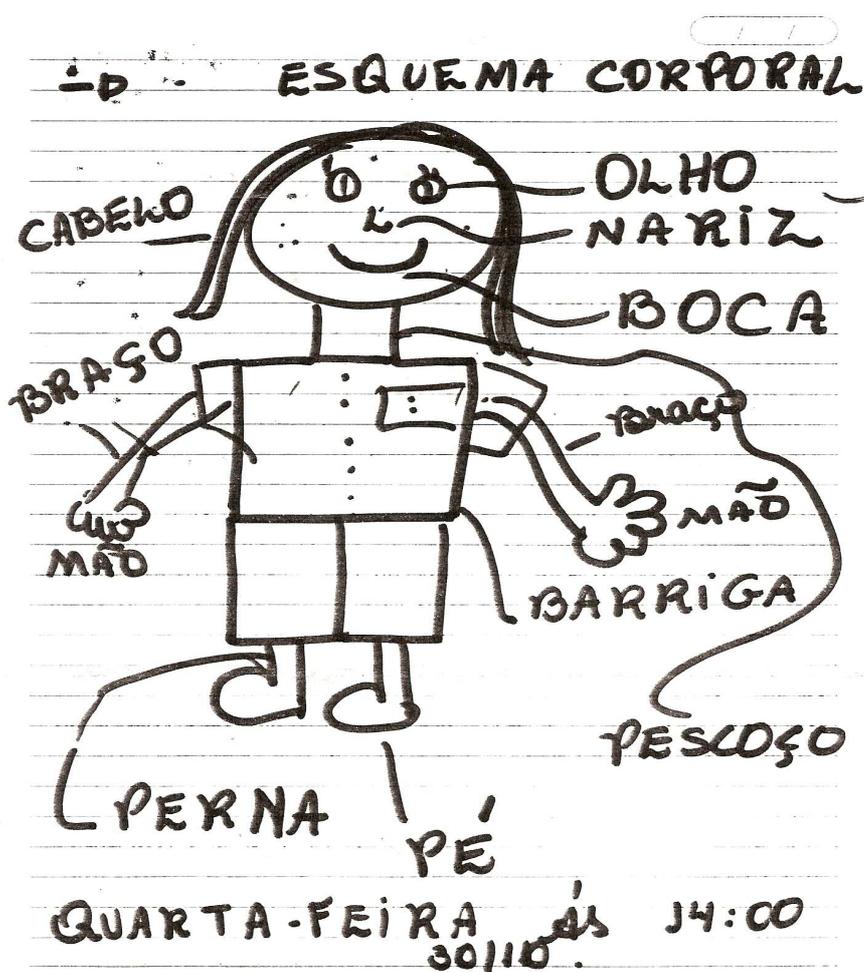


Ilustração 8: Treino de nomeação do corpo humano.

Sabe-se que, a partir dos estudos de Saussure (a partir de 1916), tem-se início ao estruturalismo, que enfatiza a conveniência da análise estrutural da linguagem e, conseqüentemente, exclui as diferenças pessoais (psicológicas e sociais) de cada sujeito, dado que o objetivo do autor era estabelecer como objeto da Lingüística, a língua, como uma

instituição coletiva e independente de variações individuais. Na década de 50, inicia-se o programa gerativista (fundado por Chomsky), que não tem como prioridade teórica analisar a linguagem em funcionamento, muito menos em seus estados patológicos. Concordando com Abaurre (1991/1996: 123), afirmamos que certas teorias lingüísticas não esclarecem a relação entre o sujeito e a linguagem. Porém, também como a autora (lingüista que é) interessa-me (como fonoaudióloga) “[...] *compreender a relação sujeito/linguagem, já que me parece parcial, reducionista e inadequada qualquer teoria da linguagem que a toma como objeto pronto e acabado, fora dos sujeitos*”.

Afirmo, portanto, que nada muda na Fonoaudiologia Tradicional que dispensa os conhecimentos da Lingüística que destacam a relação sujeito/linguagem. A Fonoaudiologia que utiliza exercícios metalingüísticos (de repetição, de completar sílabas, palavras, sentenças, entre outros - como os exemplos anteriormente citados, dispensa o uso social da linguagem) para avaliar e “reabilitar” sujeitos afásicos. Tais exercícios, porque mecânicos e descontextualizados, não fazem qualquer sentido para o sujeito sob avaliação ou em tratamento.

Coudry, desde o início dos anos 80, vem consolidando estudos neurolingüísticos discursivamente orientados, os quais possibilitam uma formulação conceitual da afasia como:

uma perturbação nos processos de significação, em que há alterações em um dos níveis lingüísticos, com repercussão em outros, no funcionamento discursivo. Causada por lesão adquirida no sistema nervoso central em virtude de acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos ou tumores, a afasia, em geral, é acompanhada por alterações de outros processos cognitivos e sinais neurológicos (como a hemiplegia, as agnosias, as apraxias, a discalculia). Um sujeito é afásico quando, do ponto de vista lingüístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados recursos de produção e interpretação (COUDRY, 1986/1988: 55).

Veja-se que, desde seus primeiros estudos, Coudry introduz o ponto de vista discursivo na interpretação e na intervenção das afasias, criticando propostas de avaliação de sujeitos afásicos pautadas em uma concepção da língua como código e afastadas do “*exercício da linguagem em situações efetivas de vida social*”. Avaliação e processo terapêutico, nesse ponto de vista, são considerados “*como instâncias discursivas em que se dá a compreensão de*

processos de significação presentes na afasia” (COUDRY, 2002b), por isso, não se restringem ao sistema lingüístico propriamente dito, mas dele faz uso.

A autora assume os processos patológicos como o exercício de uma condição particular e, portanto, adverte para a necessidade de *“uma teoria de linguagem mais abrangente, interessada não apenas nas características formais do objeto lingüístico, mas também no modo e na história da sua constituição e constante transformação”* (COUDRY, 2001).

Pelas considerações até aqui realizadas, pode-se dizer que diferentemente de tratar de um cérebro-lesado (em abstrato), a abordagem neurolingüística discursivamente orientada pressupõe um sujeito pragmático, que age sobre a língua e que, por isso, é histórica e socialmente constituído. Contudo, apesar de toda esta evolução científica no interior da Lingüística (1988), ocorrida tão próxima da regulamentação da Fonoaudiologia (1981), pergunta-se qual a concepção de linguagem que ainda subjaz à prática clínica fonoaudiológica com sujeitos afásicos? Que prática é esta em que o discurso e os enunciados produzidos por um sujeito, em determinado contexto, não são pontos centrais?

No sentido acima, a ausência de uma concepção de linguagem explícita que oriente procedimentos de avaliação e terapia faz com que os profissionais se apeguem apenas à nomenclatura dos quadros afásicos de exercícios gramaticais (infantis e descontextualizados como os já apresentados). Como afirma Pinto (1994), a terminologia deve acompanhar a atitude temporária e inconstante das teorias, mas não invalidar a opinião de seus pesquisadores.

Do modo como se apresenta a Neurolingüística Discursiva (ND), ela não reduz os dados de linguagem a uma nomenclatura, nem apenas os correlaciona a uma determinada área cerebral, mas prioriza as potencialidades lingüísticas de cada sujeito. Daí que essa perspectiva possibilita *“ver o invisível”*, como diz Foucault (2006).

Esta perspectiva teórico-metodológica (ND) conduz a Fonoaudiologia à ampliação de seus horizontes quanto ao que seja língua, linguagem e sujeito de linguagem. A perspectiva da ND possibilita à Fonoaudiologia avaliar seu próprio trajeto, bem como os projetos de formação

profissional de jovens. As premissas teóricas da ND não recusa patologias da linguagem, mas exige a consideração dos sujeitos que as apresentam. Não interessa-se em revelar diferenças entre o normal e o patológico, mas enfatizar o que está implicado no funcionamento patológico, muitas vezes, encoberto pelo fato clínico.

A ND incorpora outras reflexões teóricas além das da Lingüística; ela também incorpora os estudos de Vygotsky (1993), pela razão de que esse autor afirma que a palavra adquire sentido nas relações sociais e histórico-culturais. Para o autor, tais relações constituem o processo de desenvolvimento do homem.

Nessa mesma perspectiva, Bakhtin (1992a: 41) afirma que a palavra constitui e significa o mundo. Nos seus termos:

[...] a palavra penetra literalmente em todas as relações entre indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc. As palavras são tecidas baseadas em multidão de fios ideológicos e servem de trama às relações sociais em todos os domínios.

A palavra tem um peso social equivalente ao que vale quem a enuncia. Neste sentido, palavras e expressões como: *síndromes, portadores de deficiências, déficit, incapacidade, retardo, transtornos, distúrbios, imaturidade, anormais, desvios*, etc marcam o sujeito; o que não vai bem é classificado, tanto pela classe médica, como pela sociedade, como doença. Sabe-se que a palavra do médico vale muito em nossa sociedade.

Laplantine (1991) afirma que a doença é entendida em qualquer civilização como *problema* a exigir *solução*. Uma solução fornecida pelo “poder terapêutico”, que nos dias atuais, valoriza a nomenclatura dos sintomas, ocultando toda a complexidade dos sujeitos que estão por trás deles.

Como diz Gnerre (1985: 20) as palavras não têm realidade fora da produção lingüística; as palavras existem nas situações nas quais são usadas; portanto,

[...] o poder das palavras é enorme, especialmente o poder de *algumas* palavras talvez poucas centenas, que encerram em cada cultura, mais notadamente nas sociedades complexas como as nossas, o conjunto de crenças e valores aceitos e codificados pelas classes dominantes. Se pensarmos em palavras como *progresso*, por exemplo, podemos constatar que exprimem certos conteúdos ideológicos cuja origem é historicamente identificável. *Progresso* é uma palavra relativamente recente cuja efetiva definição variou através das diferentes situações históricas pelas quais o país passou. [...] Na variedade padrão, então, são introduzidos conteúdos ideológicos, relativamente simples de manipular, já que as formas às quais estão associados ficam imobilizadas favorecendo, assim, quase que uma comunicação entre grupos de iniciados que sabem qual é o referente conceitual de determinadas palavras, e assegurando que as grandes massas, apesar de familiarizadas com as formas das palavras, fiquem, na realidade, privadas do conteúdo associado.

A afasia, como doença descrita nos livros médicos e fonoaudiológicos, em geral, apresenta sintomatologia e nosografia própria¹². São interpretadas as faltas e os déficits pelo médico (clínico geral, neurologista, psiquiatra), ou por outros profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos) que aprenderam com a Medicina a diagnosticar, a fazer prognósticos, a classificar e a elaborar tratamentos (PADILHA, 2001). Nestas condições, a sintomatologia tende a ser descrita, pelo avaliador, apenas por seus aspectos clínicos negativos (cognitivos, motores, verbais, sensoriais), desconsiderando qualquer explicação lingüística do funcionamento da linguagem. *Qualquer pessoa compreende quão indesejável é uma seleção com enfoque nas particularidades negativas* (VYGOTSKY, 1989: 101).

Na práxis fonoaudiológica tradicional, a preocupação gira em torno de garimpar binômios, como se tudo se resolvesse em oposições do tipo: biológico/cultural, saúde/doença, certo/errado, bom/mau ... desconsiderando, assim, o sujeito e potencializando a doença. Como afirma Canguilhem (1904-95/2007) “*a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível [...] a vida é de fato uma atividade normativa*”. Assim, parece relevante não restringir a vida humana a essa simplificação bifronte, e sim olhar além da patologia, investigando cada sinal

¹²Foucault (1991: 9), ao discutir a medicina mental e a medicina orgânica, assegura que “*como a medicina orgânica, a medicina mental, tentou inicialmente decifrar a essência da doença no agrupamento coerente dos sinais que a indicam. Constitui uma sintomatologia na qual são realçadas as correlações constantes, ou somente freqüentes, entre tal tipo de doença e tal manifestação mórbida [...]. Constitui, por outro lado, uma nosografia onde são analisadas as próprias formas da doença, descritas as fases de sua evolução, e restituídas as variantes que ela pode apresentar*”.

de sujeito que nela se camufla. “*É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico*” (CANGUILHEM, idem).

Na verdade, mais do que possível, é necessário olhar para além da patologia, (mesmo que sem esquecê-la). Para isso deve-se enxergar o sujeito afásico como um sujeito *da e na linguagem*, um sujeito constituído e em construção (COUDRY, 1986/88). Esta mudança de olhar permite valorizar a singularidade de cada sujeito, resultante de sua história de vida (história construída nas relações sociais). Os sujeitos revelam o funcionamento da linguagem de diversas formas: expressão corporal e facial, linguagem oral e escrita, outros gestos e silêncios. Mostram suas vontades, dificuldades, sonhos, opiniões, pensamentos, medos, angústias, alegrias, tristezas e todos os outros sentimentos que se manifestam nos processos de interação entre pessoas; afinal, a linguagem é uma forma de ação (MAINGUENEAU, 1989; FRANCHI, 1977/1992).

Além da credibilidade dada ao afásico durante as práticas discursivas, é necessário que o outro incorpore um papel extremamente ativo, para assim, considerar outras tentativas de construção do sentido do próprio sujeito. A mediação efetiva do outro é de grande valia para que o sujeito (re)construa conceitos, (re)signifique as coisas do mundo, transfira conhecimentos, crie e interprete a linguagem. A atividade lingüística – este trabalho tão complexo não faz sentido sozinho; segundo Bakthin (1992b: 263) “*o sentido existe só para outro sentido*”. E, segundo Franchi (1992: 12) *a linguagem humana é concebida como um trabalho de natureza indeterminada, histórica, social e heterogênea:*

[...] a linguagem é ela mesma um trabalho pelo qual, histórica, social e culturalmente, o homem organiza e dá forma a suas experiências. [...] É ainda na interação social, condição de desenvolvimento da linguagem, que o sujeito se apropria desse sistema lingüístico, no sentido de que constrói, com os outros, os objetos lingüísticos sistemáticos de que se vai utilizar, na medida em que se constitui a si próprio como locutor e aos outros como interlocutores. Por isso, essa atividade do sujeito não é somente uma atividade que reproduz, ativa esquemas prévios: é, a cada momento, um trabalho de reconstrução.

Pode-se dizer que a linguagem dos sujeitos acompanhados pela Fonoaudiologia Tradicional, ora se revela, ora se apaga. O que parece importar, tanto na avaliação quanto no processo terapêutico fonoaudiológico, não é o trânsito dinâmico e subjetivo entre os diversos

sistemas semióticos (língua, gestos, imagens) que compõem a atividade simbólica humana, mas a checagem de acertos e erros após a aplicação de testes. Pode-se lembrar, mais uma vez, de Foucault (2000: 10) quando aponta uma oposição aparentemente constitutiva em nossa sociedade, entre loucura e razão: “*o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade, nem importância [...]*”. O mesmo também ocorre com os afásicos, os disléxicos, dentre outros.

As formações discursivas apresentam fenômenos lingüísticos mutáveis de acordo com o momento histórico vivido. Assim, a linguagem serve tanto para os discursos se confirmarem como para os sujeitos confirmarem a sua posição.

Cabe indagar se os testes metalingüísticos podem fazer algum sentido, tanto mais para sujeitos afásicos. Pois, além de descontextualizados, não conferem ao sujeito a oportunidade de interpretação. Os sujeitos com a neurodinâmica alterada (pós-lesão cerebral), evidentemente tem sua linguagem se manifestando de forma diferente. Isto significa que a aplicação de uma atividade como as apresentadas anteriormente só oferece um caminho: o erro e as conseqüências estigmatizantes que ele encerra. Assim a afasia não pode ter *cura*, mesmo!

É sob essa perspectiva que se deseja conhecer quais os discursos oficiais – os que compõem a bibliografia e os conteúdos programáticos das disciplinas voltadas para o (re)conhecimento da afasia nos cursos de Fonoaudiologia. Que formação os professores da Fonoaudiologia para ministrarem suas aulas e para conduzirem sua aplicabilidade (tanto na avaliação, como na terapia) junto a sujeitos afásicos? Desta forma, conforme Pêcheux (2002: 54) busca-se conferir qual memória discursiva funda os enunciados e quais os valores estipulados a eles:

[...] é nesse ponto que se encontra a questão das disciplinas de interpretação: é porque há o *outro* nas sociedades e na história, correspondente a esse outro próprio ao linguajeiro discursivo, que aí pode haver ligação, identificação ou transferência, isto é, existência de uma relação abrindo a possibilidade de interpretar. E é porque há essa ligação que as filiações históricas podem-se organizar em memórias, e as relações sociais em redes de significantes.

Capítulo III - Sobre a (in)formação em Fonoaudiologia: graduação e atualização

Este trabalho considera que a prevalência da prática fonoaudiológica tradicional tem infundáveis causas. Discutimos nos capítulos anteriores algumas delas; neste discutiremos, mesmo que brevemente, a formação em Fonoaudiologia, visto que, por certo, está no ensino (nos cursos de graduação) seu ponto privilegiado de irradiação e nos periódicos, a atualização profissional. Desta maneira, pareceu-me adequado dedicar parte deste estudo à análise das condições do ensino de Fonoaudiologia em nosso país. Quantos são os cursos de Fonoaudiologia, onde estão e o que ensinam. Além disso, o que se fala (o que se publica) sobre afasia e sujeitos afásicos.

Realizou-se, inicialmente, uma busca relativa à quantidade e distribuição dos cursos de Fonoaudiologia existentes no Brasil e, em seguida, fez-se um recorte de como tem-se ensinado a práxis fonoaudiológica junto a sujeitos afásicos. Por fim, realizou-se uma pesquisa bibliográfica (em periódicos da área) para se (re)conhecer como têm sido feitas as pesquisas relacionadas às afasias.

1. As instituições de ensino

Num primeiro momento foi realizada uma busca junto ao MEC, (endereço na internet¹³), a respeito da quantidade de instituições de ensino atualmente existentes no Brasil, que disponibilizam o ensino de Fonoaudiologia. Verificou-se a existência de 113 instituições, as quais também foram analisadas estatisticamente quanto ao tempo de duração do curso e carga horária oferecida:

Tabela 1: Duração do curso de fonoaudiologia

Duração em anos	N	%
3 (Três anos)	2	1,77%

¹³ Até janeiro de 2008 são 113 os cursos de Fonoaudiologia reconhecidos, de acordo com informação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação. (www.portal.mec.gov.br).

3,5 (Três anos e meio)	3	2,65%
4 (Quatro anos)	98	86,73%
4,5 (Quatro anos e meio)	10	8,85%
Total	113	100,00%

A tabela 1 mostra que duas Instituições (1,77%) ainda oferecem o curso de Fonoaudiologia com duração de três anos. Isso nos remete à história inicial da institucionalização desta profissão: na década de 1960, quando se iniciou no Brasil a graduação em Fonoaudiologia, o tempo de duração era de um ano, chegando ao final da década com duração de três anos.

Conforme Meira (1996), na década de 1970 tiveram início movimentos a favor do reconhecimento dos cursos de Fonoaudiologia como de nível superior, com duração plena de quatro anos e titulação de bacharel. Como consequência obteve-se a possibilidade de se realizar pós-graduação, inclusive *stricto sensu*, em Fonoaudiologia.

O primeiro currículo mínimo de Fonoaudiologia foi regulamentado pela Resolução nº 54/1976, do Conselho Federal de Educação. Os primeiros currículos valorizavam, sobretudo, o tecnicismo. Essa situação foi sendo rapidamente transformada, com sucessivas modificações de currículo, acompanhando-se, assim, o ritmo evolutivo desse campo profissional e científico.

No início da década de 90, houve necessidade de nova revisão dos currículos diante das exigências de uma sociedade cada vez mais pluralista. A última revisão curricular ocorreu em fevereiro de 2002, com ativa participação do Conselho Federal de Fonoaudiologia e da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Atualmente, busca-se preparar fonoaudiólogos capacitados para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições atuais de exercício profissional.

Em 11 de novembro de 2004, a Câmara de Educação Superior do CNE aprovou o parecer CNE/CES nº 329/2004¹⁴, decretando a carga horária mínima de 3.200 horas para o curso

¹⁴Acesso em www.portal.mec.gov.br

de graduação em Fonoaudiologia. Tal carga horária é dividida em horas-aula de 60 minutos¹⁵, de efetivo trabalho discente e de atividades acadêmicas desenvolvidas, respeitando o mínimo de 200 dias letivos, com tempo de integralização de 4 anos. Os estágios e as atividades complementares, já incluídos no cálculo da carga horária total do curso, não deverão exceder a 20% do total, salvo nos casos de determinações específicas contidas nas respectivas Diretrizes Curriculares. Os estágios (20% da carga horária) devem ocorrer, prioritariamente, nos 2 últimos anos de formação. *“A maioria destas atividades deve ser realizada na clínica-escola, adequadamente equipada para tal finalidade”*¹⁶.

O documento dispõe, no item relativo a *“Curso de Graduação em Fonoaudiologia - proposta de diretrizes curriculares”*¹⁷ no item “estágios e atividades complementares”, a importância de 1.000 horas de estágio obrigatório e atividades práticas das disciplinas clínico-terapêuticas que envolvam o atendimento de pacientes. Além disso, cita atividades complementares e aulas práticas vinculadas às disciplinas teóricas, que não fazem parte destas 1.000 horas, concentradas nos 2 anos iniciais do curso.

Vale ressaltar, ainda, que o próprio Ministério da Saúde preconiza que os profissionais de saúde precisam ter maior equilíbrio entre atividades teóricas e práticas e a introdução de atividades práticas desde o início da formação¹⁸. Questionamos, como se pode formar um profissional que terá no máximo 640 horas de atividade de prática profissional. Como este egresso poderá atuar fazendo intervenções que envolvam a saúde de pessoas sem colocá-las em risco?

Em 2005, o Conselho Federal de Fonoaudiologia elaborou um recurso administrativo para contestar o Parecer da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES 213/2008 - parecer este favorável a 3.200 horas como carga horária mínima do curso de Fonoaudiologia). Desde, então, ficou estabelecida a carga horária mínima de 4000 horas para o curso de Fonoaudiologia.

¹⁵ Decorrente do Parecer CNE/CES nº 261/2007.

¹⁶ Acesso em www.portal.mec.gov.br

¹⁷ Disponível no site do CNE: www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Fono.pdf

¹⁸ Disponível em www.fonoaudiologia.org.br

O relatório apresentado pela CES/CNE contradiz as Diretrizes Curriculares Nacionais e, os Conselhos Federal e Regional de Fonoaudiologia, desde 2002, defendem, intercedem e discutem a carga horária mínima de 4.000 horas, apoiados pelo Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS), bem como pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa).

Enfim, na maior parte das instituições (98 ou 86,73%) a duração do curso de Fonoaudiologia é de quatro anos e, conforme define a Lei nº 6.965 (de 09 de dezembro de 1981) o

“Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz”.

Se assim é, o que explica o funcionamento de cursos com menos de 4.000 horas? Veja-se abaixo a distribuição da carga horária. Nota-se a variação que vai de 1890 a mais de 4305 horas, sendo que ¼ dos cursos responderam ao previsto; 60% tem carga horária superior ao previsto e 20% inferior.

Tabela 2: Faixas de cargas horárias

Carga horária	N	%
1890—3120	6	5,31%
3120—3520	18	15,93%
3520—3700	29	25,66%
3700—3885	20	17,70%
3885—4000	12	10,62%
4000—4305	19	16,81%
Mais de 4305	9	7,96%
Total	113	100,00%

Outro aspecto interessante de ser analisado se refere à concentração (em termos territoriais) dos cursos de bacharelado em Fonoaudiologia. Veja-se tabela 3 e na tabela 4 os Estados e as cidades.

Tabela 3: Estados

Estado	N	%
AL	1	0,88%
AM	1	0,88%
AP	2	1,77%
BA	6	5,31%
CE	2	1,77%
DF	1	0,88%
ES	3	2,65%
GO	3	2,65%
MA	2	1,77%
MG	17	15,04%
MS	1	0,88%
MT	2	1,77%
PA	1	0,88%
PB	2	1,77%
PE	5	4,42%
PI	2	1,77%
PR	10	8,85%
RJ	11	9,73%
RN	1	0,88%
RR	1	0,88%
RS	7	6,19%
SC	3	2,65%
SE	1	0,88%
SP	28	24,78%
Total	113	100,00%

Verifica-se, pela tabela 3, que no estado de São Paulo há o maior número de Instituições (24,78%), seguido pelo estado de Minas Gerais (14,16%) e do Rio de Janeiro (9,73%). Deve-se destacar que o início da história da Fonoaudiologia no país se deu nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, vinculados, em sua grande maioria, a hospitais que atendiam a necessidade acadêmica dos alunos do curso de Medicina.

Quanto às cidades, tem-se que a cidade do Rio de Janeiro apresenta 8,42% dos cursos, seguida da cidade de São Paulo com 7,37% e de Belo Horizonte com 4,21%.

Tabela 4: Cidades

Cidade	N	%
--------	---	---

ALFENAS	1	1,05%
BARBACENA	1	1,05%
BAURU	2	2,11%
BELÉM	1	1,05%
BELO HORIZONTE	4	4,21%
BIGUAÇU	1	1,05%
BRASÍLIA	1	1,05%
CAMPINAS	2	2,11%
CAMPO GRANDE	1	1,05%
CANOAS	1	1,05%
CARATINGA	1	1,05%
CASCAVEL	1	1,05%
CAXIAS DO SUL	1	1,05%
CUIABA	1	1,05%
CURITIBA	1	1,05%
FEIRA DE SANTANA	1	1,05%
FERNANDÓPOLIS	1	1,05%
FORTALEZA	1	1,05%
FRANCA	1	1,05%
GOIANIA	2	2,11%
GUARULHOS	1	1,05%
IPATINGA	1	1,05%
IRATI	1	1,05%
ITAJAÍ	1	1,05%
ITAPERUNA	1	1,05%
ITU	1	1,05%
IVATUBA	1	1,05%
JOÃO PESSOA	1	1,05%
JUIZ DE FORA	1	1,05%
LAURO DE FREITAS	1	1,05%
LONDRINA	1	1,05%
MACAPÁ	1	1,05%
MANAUS	2	2,11%
MARÍLIA	1	1,05%
MARINGÁ	2	2,11%
MONTES CLAROS	1	1,05%
NATAL	1	1,05%
NITERÓI	1	1,05%
NOVA LIMA	1	1,05%
NOVO HAMBURGO	1	1,05%
OLINDA	1	1,05%
PASSO FUNDO	1	1,05%
PATROCÍNIO	1	1,05%
PETRÓPOLIS	1	1,05%
PIRACICABA	1	1,05%
PORTO ALEGRE	1	1,05%

PORTO VELHO	1	1,05%
PRESIDENTE PRUDENTE	1	1,05%
RECIFE	2	2,11%
RIBEIRÃO PRETO	2	2,11%
RIO DE JANEIRO	8	8,42%
SALVADOR	3	3,16%
SANTA MARIA	1	1,05%
SANTOS	1	1,05%
SÃO BERNARDO	1	1,05%
SÃO CRISTOVÃO	1	1,05%
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	1,05%
SÃO LUIS	2	2,11%
SÃO PAULO	7	7,37%
TERESINA	2	2,11%
TRÊS CORAÇÕES	1	1,05%
UBERABA	1	1,05%
UMUARAMA	1	1,05%
VARZEA GRANDE	1	1,05%
VILA VELHA	2	2,11%
VITÓRIA	1	1,05%
VOTUPORANGA	1	1,05%
<hr/> TOTAL	<hr/> 95	<hr/> 100,00%

Para finalizar o levantamento de como se dá a formação em fonoaudiologia, procurou-se conhecer os planos de ensino de disciplinas (especialmente as dedicadas à formação relativa à afasia) dessas instituições de ensino. Algumas instituições não puderam ser consideradas neste levantamento em função das dificuldades abaixo mencionadas:

- a) certas instituições fecharam ou foram desativadas;
- b) algumas não abriram turma;
- c) há também aquelas que estão em construção;
- d) outras não disponibilizaram o plano de ensino;
- e) outras tantas informaram não terem programas específicos, além daquelas que argumentaram que, por falta de tempo do professor responsável, não seria possível o envio dos planos de ensino. Algumas instituições solicitaram o termo de consentimento livre e esclarecido, porém, não enviaram e/ou não chegaram a tempo para serem incluídos nesta pesquisa;

- f) houve ainda casos de instituições que, apesar de constarem na relação do MEC, responderam que não oferecem mais o curso de Fonoaudiologia. Veja-se na tabela 5, a natureza das dificuldades.

Tabela 5: Dificuldades encontradas

Situação	N	%
1-Curso desativado	1	3,45%
2-Curso em construção	1	3,45%
3-Faculdade não disponibilizou o plano de ensino	3	10,34%
4-Fechou	9	31,03%
5-Envio do plano em tempo encerrado da coleta de dados	1	3,45%
6-Instituição não tem o curso de fonoaudiologia ¹⁹	3	10,34%
7-Curso não abriu turma	2	6,90%
8-Curso não tem um programa específico do plano solicitado	3	10,34%
9-Solicitaram o termo de ética, porém não enviaram a resposta	2	6,90%
10-Solicitaram o temo de ética, porém chegou em tempo encerrado da coleta de dados	4	13,79%
TOTAL	29	100,00%

É importante destacar que das 113 instituições cadastradas no MEC foi possível realizar a análise dos planos de ensino de apenas 33, sendo que 29 instituições (como mencionado acima) enviaram algum tipo de resposta e 51 instituições não enviaram e nem apresentaram justificativa. Dos 33 planos de ensino analisados, extraíram-se dados referentes a ementas, objetivos, conteúdo programático e bibliografias (bibliografia básica, complementar e específica). Categorias estas utilizadas para referir a abordagem teórica seguida.

Nota-se, a prevalência da abordagem teórica médico-biologicista utilizada nas 33 instituições. Tal realidade contrasta com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia²⁰, como se observa no seu artigo 3º:

O curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitando a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. Possui formação

¹⁹ As dificuldades citadas nos números 1, 4 e 6, respectivamente, foram mantidas, mesmo significando respostas equivalentes.

²⁰ Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002 (Diário Oficial da União - www.portal.mec.gov.br)

ético-filosófica, de natureza epistemológica, e ético-política em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual (p.12).

Vê-se, assim, que apesar das normas elaboradas pelos órgãos competentes, ainda hoje a formação em Fonoaudiologia se mostra fundamentada nos mesmos conceitos sobre a relação linguagem-código-norma, sobre a relação normal-patológico e sobre a relação saúde-doença, mantendo, pois, a área numa condição tradicional. A literatura médico-biologicista, embora importante, é insuficiente, pois não prioriza o sujeito, tendendo apenas a potencializar a doença e/ou lesão deste sujeito, ou seja, os estudos revelam preocupações com diagnósticos médicos e não fonoaudiológicos, limitando, em consequência, o campo de atuação do fonoaudiólogo.

2. Revisão bibliográfica das publicações da Fonoaudiologia sobre afasia

Apresentam-se, a seguir, a quantidade de textos fonoaudiológicos que tratam das afasias. Os dados foram coletados na intenção de visualizar, da melhor maneira possível, o tratamento que o objeto desta pesquisa recebe em termos de ensino/pesquisa; portanto, fez-se o levantamento bibliográfico com a finalidade de averiguar as abordagens teóricas e clínicas utilizadas para o atendimento fonoaudiológico de sujeitos afásicos, bem como as concepções de linguagem, de sujeito e de cérebro. Desta forma, foi possível também mensurar o nível de acesso a periódicos nacionais que contemplam o tema.

Como material de análise, foram selecionados os estudos realizados nos últimos nove anos (1999-2008) dos seguintes periódicos: Revista do Cefac (indexada nas bases de dados do Lilacs e da coleção Scielo Brasil), Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (indexada pelo LILACS e Scielo) e Revista Distúrbios da Comunicação (indexada na base de dados: LILACS - desde 1998, CECAE SACI USP, Ulrich`s Periodicals Directory). Esses periódicos

foram selecionados porque, além de desfrutarem de um bom conceito perante a comunidade acadêmica, são bem divulgados e facilmente acessíveis pela internet²¹.

Uma vez que o intento desta pesquisa é avaliar a formação profissional do fonoaudiólogo, é importante ressaltar que de acordo com as citações em bibliografia básica e/ou complementar dos planos de ensino pesquisados, esses periódicos são normalmente indicados para pesquisas, sobretudo, dos discentes da graduação na maioria dos cursos de Fonoaudiologia.

A partir desse material focalizou-se, num primeiro momento, o número de artigos publicados, entre 1999 e agosto de 2008 com o tema *afasia*. Posteriormente, procurou-se imprimir ênfase às abordagens teóricas utilizadas nesses artigos, mais especificamente, conforme dito acima, com relação às noções de sujeito, de cérebro e de linguagem. Essa opção permitiu articular a análise quantitativa à qualitativa.

Dos 439 artigos publicados pela REVISTA CEFAC, três se referem ao tema afasia (esta revista divide seus artigos nas áreas de linguagem, motricidade oral, voz e audiolgia); destes, dois artigos estão na área de linguagem e um na área de audiolgia. De 142 artigos da REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, dois se dedicam à afasia e finalmente, dos 205 artigos publicados na REVISTA DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO, sete incluem o tema afasia. Segue a tabela:

Tabela 6: Percentual e frequências do tema afasia

REVISTA	TOTAL	AFASIA	%
Cefac	439	3	0,68%
Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	142	2	1,41%
Distúrbios da Comunicação	205	7	3,41%

Desta forma, os números acima evidenciam que em nove anos de publicação de pesquisa nessas revistas, de 784 artigos publicados, apenas 12 abordam o tema afasia. O que é

²¹A Revista Pró-Fono também foi pesquisada, porém, no site (on line: www.revistaprofono.com.br) só constam artigos do ano de 2005 a 2008, sendo que em 2005 foram publicados 40 artigos; em 2006: 34; em 2007: 43 e em 2008: 69. Como resultado final, temos 186 artigos e nenhum aborda o tema afasia, por esse motivo não contemplado neste estudo.

muito pouco, considerando que os acidentes vasculares cerebrais (AVC), hoje, são uma das principais causas de morte e de incapacidades físicas e mentais em todo o mundo (MACIEL JÚNIOR; 1988).

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) correspondem à principal causa de morte, ultrapassando o infarto agudo do miocárdio²². Estima-se que seja o primeiro motivo de invalidez na população adulta mundial. Todos os anos, 15 milhões de pessoas têm AVCs no mundo. Dessas, cinco milhões morrem e cinco milhões sofrem danos duradouros²³. Em 2005, o último estudo epidemiológico da cidade de São Paulo revelou que o AVC lidera as estatísticas de causa de morte entre as mulheres entre 15 e 49 anos. Em média até os 50 anos, são cerca de cinco homens infartados para cada mulher. Depois dessa idade, para cada mulher infartada são registrados dois casos do sexo masculino²⁴.

Conforme dados da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV, 2001; 2002), as estatísticas, no Brasil, demonstram que o AVC é a 1º causa de óbito, provocando grande impacto sobre a saúde da população. Py (2002) complementa que no Brasil as doenças cérebro-vasculares constituem a maior causa de mortalidade em todos os estados, exceto São Paulo, que apresenta melhor controle de pressão arterial – importante fator de risco.

Segundo Campos e Campos (2006c) as taxas de mortalidade por AVC são maiores no Brasil do que nos países desenvolvidos. Logo, para evitar essas mortes, é necessário aprimorar o tratamento desses casos na rede pública, para assim, garantir o direito a uma atenção à saúde integral. Estes autores sugerem, então, que se melhore a qualidade da atenção a fatores de risco, como a hipertensão, para aperfeiçoar a eficácia da prevenção.

2.1 Revista Cefac

²²www.sentidos.uol.com.br

²³www.revistaencontro.com.br e também em www.cerebromente.org.br

²⁴www.revistavigor.com.br. Estimativas internacionais e nacionais tão elevadas, no dia 24 de junho comemora-se em todo mundo, o “Dia Internacional de Combate ao AVC”.

A revista do Cefac, em 2001, apresenta o artigo de Chorro e Assencio-Ferreira intitulado “*Envolvimento familiar no processo de reabilitação do afásico*”; o texto elege como objetivo verificar o envolvimento de familiares no processo de reabilitação de pacientes²⁵ afásicos. O artigo de 2005 “*Grupo de Orientação fonoaudiológica aos familiares de lesionados cerebrais adultos*” de Michelini e Caldana tem por objetivo desenvolver um programa de orientação fonoaudiológica a 12 familiares de afásicos. As autoras concluem que os familiares não demonstraram conhecimento sobre a conceituação, sintomatologia, fatores causais e de riscos de afasia. Coloca-se também a dificuldade dos familiares em utilizar estratégias que facilitam a comunicação. O artigo “*Compreensão de fala em situação de mensagem competitiva em afásicos*”, de Ortiz e Peroni publicado em 2008, apresenta como objetivo verificar o desempenho de pacientes afásicos com distúrbios leves de compreensão, em tarefas de figura/fundo e atenção seletiva para sons verbais em escuta de mensagem competitiva, por meio do teste de afasia M1-Alpha e o teste de processamento auditivo.

A primeira observação que pode ser feita a partir dos dados encontrados é quanto à organização e divisão dos artigos, pois dois deles são da área de linguagem e um da área de audiologia. A primeira consideração a ser feita consiste no seguinte: qual a relevância de se pesquisar a condição de compreensão da linguagem por meio de testes de e da área audiológica. Do meu ponto de vista, mesmo que se recorra a exame audiológico, é a linguagem que está sendo pesquisada. A segunda observação é quanto às terminologias utilizadas nos três artigos, tais como: *reabilitação, pacientes, portadores de afasia, lesionados cerebrais, distúrbio, sintomas*, entre outros. Terminologias essas muito utilizadas na área médica, para se referir ao sujeito, ao conjunto de doença e a seus prováveis tratamentos. Isto confirma, mais uma vez, a influência do discurso médico na Fonoaudiologia e a definição culturalmente estabelecida de papéis entre o paciente e o terapeuta.

Uma outra observação digna de nota consiste na relevância dada às famílias dos sujeitos afásicos. Porém, enquanto um artigo destaca apenas a necessidade do envolvimento familiar na reabilitação, outro conclui a importância de um programa de orientação para

²⁵ Utilizo fidedignamente as palavras utilizadas nos artigos.

familiares de sujeitos afásicos. Contudo, o programa visa a dar orientações sobre: conceito de afasia, sintomas, fatores causais e de risco e estratégias facilitadoras para a comunicação; assim fazendo, valoriza o patológico ao mesmo tempo em que desconsidera o sujeito e sua linguagem, ou seja, não há lugar para este tipo de reflexão. As autoras têm uma preocupação excessiva com a quantidade de *corpus* (12 familiares). Do modo como colocam, parece que os resultados podem ser aplicado da maneira generalizada; excluindo, mais uma vez, a heterogeneidade dos sujeitos e de sua linguagem, isentando-se de trabalhar mediante uma visão heurística em que as situações são explicadas e esclarecidas pela evolução do próprio processo. Nota-se, finalmente, a utilização de testes para a avaliação de linguagem (M1-Alpha)²⁶ de sujeitos afásicos, com o objetivo único de verificar o desempenho, protocolar e quantificar a compreensão, para assim responder às ordens solicitadas pelo teste de processamento auditivo (PA)²⁷. M1-Alpha, um teste que, como outros, reduzem a possibilidade de o sujeito afásico expressar sua linguagem; bem como qual a confiabilidade das respostas do sujeito afásico no teste de processamento auditivo.

A este respeito, Coudry, que vem desenvolvendo estudos sobre a linguagem de sujeitos afásicos há 25 anos, já destaca no estudo de 1983, em parceria com Possenti, que as tarefas dos testes padronizados são descontextualizadas, mecânicas, permeadas de comandos verbais que não fazem sentido, de repetição de fonemas, palavras e frases, ditado, tarefas de completar, de copiar, entre outras (COUDRY; 1986/88: 11-15). A mesma autora ainda acrescenta que na aplicabilidade desses testes

²⁶O teste de avaliação de linguagem para sujeitos afásicos M1-Alpha (Protocolo Montreal-Toulouse, autoria de André Roch Lecours e adaptado para o português por Leonor Scliar Cabral) consta de oito provas (compreensão oral de palavras isoladas, de frases simples e complexas; compreensão escrita de palavras isoladas, de frases simples e complexas; cópia de escrita; ditado de palavras e frases; leitura em voz alta de palavras isoladas, de frases simples e complexas; repetição de palavras, de frases simples e complexas e denominação). Exemplificando: na prova da cópia de escrita é solicitado que o sujeito copia a frase “O trem é veloz”. Na prova de ditado, é solicitado que escreva as palavras “quintal, trovão, mancha” e a frase “As peras são verdes”. Na prova de leitura em voz alta, é solicitado que leia algumas palavras, entre elas “pé, bola, colchão, gasolina, etc” e as frases “O avião foi embora, etc”, entre outros.

²⁷O Processamento Auditivo (PA) refere-se à série de processos que envolvem a análise e interpretação do estímulo sonoro e podem ser correlacionados com a série de operações mentais que o indivíduo realiza ao lidar com informações recebidas via sentido da audição e que dependem de uma capacidade biológica inata e de experiência no meio acústico. Exemplificando algumas provas deste teste: o ouvinte (teste dicótico de dígitos) deverá relatar as informações apresentadas às duas orelhas ao mesmo tempo, abrangendo, desta forma, o processo de integração binaural. Outro exemplo: são apresentados ao ouvinte 160 vocábulos, sob a seguinte instrução: “Você vai ouvir duas palavras em cada orelha, espere até que todas sejam ditas e, em seguida, repita-as na mesma ordem em que as ouviu”.

[...] igualizam todos os sujeitos como se não tivessem outra história pessoal que a do episódio neurológico comum: deixam de ser sujeitos, para ser simplesmente um elemento da categoria “afásico”. Assim, anulam-se todas as coordenadas do diálogo. [...] Tanto o sujeito afásico como as crianças avaliadas são pacientes, no sentido mais amplo de “paciente”: estão excluídos de um papel ativo na orientação do discurso, são objetos de observação por critérios que desconhecem, não tendo pois quaisquer pistas para interpretar os comandos, fazer inferências, apreender por qualquer processo a intenção significativa dos examinadores.

Na perspectiva na ND não há nada predeterminado para compor a avaliação e a terapia, a não ser o que o sujeito pode mostrar dele e o que a teoria lingüística embasa a clínica. Portanto, a atuação terapêutica com os sujeitos afásicos inicia-se com a descoberta do exercício da linguagem, em diversas práticas sociais/situações discursivas. Segundo Coudry (idem), apoiada em Franchi (1977/92) a linguagem é aberta e pública, cuja interpretação procede da convergência e interdependência das estruturas lingüísticas e do contexto pragmático em que se usam. Decorre desta posição que os maiores objetivos tanto da avaliação como do processo terapêutico, deveriam ser a valorização dos processos de significação envolvidos durante a interação e não apenas a checagem de erros por meio de medidas psicométricas das competências e performances da linguagem.

2.2 Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa)

O artigo de Cunha e Bom (2006) “*Terapia fonoaudiológica com pacientes adultos: um estudo de caso*”, publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia aborda o fenômeno proposto por meio de uma visão psicanalítica e apresenta como objetivo refletir e discutir a respeito da existência de peculiaridades nas intervenções fonoaudiológicas de adultos. Já o texto de 2008 “*Estudos fonoaudiológicos sobre cérebro e linguagem*” de Mansur, tem como objetivo oferecer respostas, do ponto de vista fonoaudiológico, aos efeitos de condições biológicas e socioculturais (idade e escolaridade, linguagem e cognição) de sujeitos normais e de sujeitos com alguma alteração neurológica.

Também nestes dois artigos estão presentes taxionomias médicas tradicionais, como, por exemplo: *síndrome, portador de deficiência, déficit, retardo, distúrbio, transtorno, desvio, anormal*. Além disso, mesmo com uma visão psicanalítica embasando os argumentos teóricos do primeiro artigo, a preocupação é quanto às peculiaridades das intervenções fonoaudiológicas, não priorizando a atividade do sujeito/linguagem, ou seja, o trabalho dele com e sobre a linguagem. Entretanto, sugere-se ao fonoaudiólogo uma escuta psicanalítica da história do paciente, para atribuir, assim, novos caminhos para as suas dificuldades. No segundo artigo, enfatizam-se os efeitos de condições adversas para comparar indivíduos tidos como normais com indivíduos com alguma alteração neurológica para, então, verificar se há relação entre essas condições. Mais uma vez, fica evidente a aproximação de um modelo mecanicista de ciência, o qual apresenta como maior objetivo estudos comparativos entre um grupo-controle (dito normal e/ou sem nenhum tipo de comprometimento orgânico) e um grupo definido como patológico. Em suma, fazem parecer, como se fosse possível reduzir o sujeito e sua própria história, que os grupos sejam homogêneos para, então, incluí-los em gráficos e tabelas, com percentuais que funcionam como verdades.

2.3 Revista Distúrbios da Comunicação²⁸

Neste periódico tem-se o artigo de Morato (1999) “*Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um Centro de Convivência de afásicos*” com o objetivo de explicitar as bases teórico-metodológicas do trabalho realizado em pesquisa e orientação clínica, no Centro de Convivência dos Afásicos (CCA). São expostos os princípios gerais que regem a dinâmica e o funcionamento do CCA. Também em 2001, o artigo “*Discutindo a classificação das alterações da linguagem escrita nas afasias a partir de uma perspectiva discursiva*” de Santana objetiva discutir (conforme indicado no título), a partir de uma perspectiva discursiva, a variedade de terminologias encontradas para caracterizar as alterações de linguagem escrita nas

²⁸Conferir análise dos artigos deste periódico em Fedosse (2008): Processos alternativos de significação de um poeta afásico. Tese de Doutorado. UNICAMP. IEL. Orientadora: Professora Doutora Maria Irma Hadler Coudry, 2008.

afasias. O artigo de Fedosse e Santana (2002) “*Gesto e fala: continuidade ou ruptura?*” discute a inter-relação gesto e fala na afasia a partir da mesma perspectiva discursiva.

O artigo de Magalhães-Júnior e Maia (2002) “*O setting: estudo de caso de atendimento fonoaudiológico domiciliar*”, investiga o *setting* terapêutico no atendimento fonoaudiológico domiciliar de uma senhora afásica, por meio de pressupostos psicológicos de Winnicott.

O artigo de Fonseca e Vieira (2004) “*Afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas*” tem como objetivo tornar a afasia como lugar de discussão do problema teoria/ideologia no campo de patologia e clínica de linguagem. Outro artigo de 2004, “*Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após AVC*” de Bilton e Magalhães objetiva realizar avaliação clínica da linguagem (por meio de conversa espontânea) e da deglutição, em idosos após AVC, bem como elaborar propostas terapêuticas para as alterações identificadas.

Em 2006, Marcolino e Catrini no artigo “*O jogo entre falar e escrever na clínica de sujeitos afásicos*” enfatiza o atendimento fonoaudiológico de afásicos com manifestações sintomáticas na linguagem oral e/ou escrita e nos convoca a refletir sobre a natureza da relação oralidade-escrita nas afasias.

Das duas primeiras revistas pesquisadas (Cefac e SBFa), pode-se dizer que a finalidade dos autores é a de propor maneiras de avaliar a linguagem para, assim, categorizar e nomear as manifestações clínicas fonoaudiológicas de acordo com um diagnóstico médico. Neles, pouco se vê teorizações que se debruçam sobre o processo terapêutico com afásicos. Prevalece uma visão da linguagem como distúrbio, em que não há formas alternativas para o sujeito lidar com as dificuldades ocorridas após a patologia (COUDRY, 1986/88). Enfim, percebe-se que essas pesquisas não sugerem atividades de linguagem que englobam situações discursivas diferenciadas, ou seja, não se fala e/ou escreve, não se assiste, não se vê, não se vive, outras atividades significativas como dança, pintura, atividades de artesanato, música, atividades físicas, culinária, entre outras.

No periódico da PUCSP (3.2.3.), percebe-se uma visão diferente das anteriormente descritas (Fonoaudiologia tradicional-hegemônica; 3.2.1. e 3.2.2.). São textos com respaldo teórico da Neurolingüística da UNICAMP o que lhes permitem trabalhar com o sujeito enquanto tal, em vez de se considerar unicamente a sua lesão ou doença; neles se observa a intenção de construir o processo terapêutico na interação, a fim de maximizar as possibilidades e o funcionamento da linguagem de cada sujeito. Nota-se um olhar diferenciado sobre a prática social da linguagem, considerando a história e os papéis sociais de seus participantes.

Nos últimos nove anos de investigação científica na Fonoaudiologia sobre a linguagem de sujeitos afásicos, percebe-se ainda um foco direcionado para a doença que o sujeito contraiu após lesão cerebral. Quando esses profissionais olham para o sujeito, parece ser um olhar que o desconsidera de sua condição de sujeito, ele é visto como alguém passivo, que não tem nada para dizer. Essas atitudes de poder/saber, de alguma maneira, remetem ao percurso histórico da Fonoaudiologia, no qual ainda prevalece a aplicação de uma espécie de ritual tão próximo à Medicina que valoriza o biológico. Possenti (1992: 83) apela para a necessidade de, à frente de um sujeito afásico, reconhecermos que ele tem

[...] um cérebro como adequado não apenas para a interpretação de frases com as típicas da gramática gerativa, embora também para elas; não apenas adequadas para responder a testes metalingüísticos, que revelam tanto de conhecimento lingüístico quanto de treinamento social; mas adequadas a situações como as representadas pelas piadas, em que, além de manipular concomitantemente mais de um sentido e ter de escolher um deles como dominante sem excluir o outro, é necessário pressupor, inferir, segmentar alternativamente, atuar metalingüisticamente, aliar ao sentido convencional um conhecimento suposto, fazer apostas sobre a intenção de falantes reais face a face, etc.

Pode-se dizer, por fim, que a Fonoaudiologia tradicional-hegemônica ainda continua buscando o falante ideal; continua higienizando e homogeneizando a língua como se ela fosse possível de ser padronizada; continua tendo a crença de que a língua é um sistema fechado de signos, que funciona à semelhança de um código de trânsito, onde cada termo só tem um sentido (determinado de antemão).

Diante deste quadro, penso na necessidade de uma mudança de olhar da Fonoaudiologia, ou pelo menos, no fortalecimento do paradigma que prevê a heterogeneidade: um olhar que compreendesse as diversas maneiras de funcionamento da linguagem do afásico; um olhar que criasse novas condições discursivas para que esse sujeito continuasse a exercer seus papéis de falante, constituído histórico e socialmente. Essa mudança é possível pela interação da Fonoaudiologia com outros campos de conhecimento e práticas como a Linguística, a Antropologia, a História, a Sociologia, a Psicologia, entre outras. Penso em desmistificar a Fonoaudiologia como uma área que só trabalha com *erros, desvios, distúrbios, déficits, alterações, patologia*, e aproximá-la das verdadeiras funcionalidades da linguagem: a interação, a subjetivação e a significação (ZANIBONI, 2007). Acrescento, ainda, as palavras de Minayo (2006: 191).

Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e, também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o *locus* onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno.

Posto isso, os estudos fonoaudiológicos aqui considerados ilustram a contradição teórica e prática de procedimentos de avaliação e de terapia e, principalmente, o não conhecimento “*das bases teóricas sobre linguagem, sujeito e funcionamento cerebral*” :

Portanto, a Fonoaudiologia, em seu percurso de constituição como uma área dedicada à comunicação humana, tem muito a discutir e a construir; um possível caminho é mesmo o reconhecimento da multiplicidade e da diversidade dos conhecimentos necessários à prática clínica (são muitos os paradigmas que sustentam a práxis fonoaudiológica), o que não dispensa a busca pela coerência teórico-prática na área. A inegável complexidade da relação cérebro/linguagem/mente exige múltiplos esforços na tentativa de seu entendimento, sejam eles da ordem das pesquisas clínicas ou das experimentais; porém, o que não se pode admitir no trabalho clínico com a linguagem (nos processos de avaliação e terapia de sujeitos com dificuldades lingüístico-cognitivas/psíquicas) é apartá-la do sujeito; é inadmissível, pois, que processos terapêuticos em Fonoaudiologia separem o sujeito da linguagem, ou seja, a linguagem de seu funcionamento sócio-cultural e psíquico-afetivo (FEDOSSE, 2008: 118).

Sabe-se que os discursos assumem um papel relevante no processo de construção social (modos de pensar da sociedade). Por isso, sem posicionamento, muitas unidades teóricas e práticas não têm (efeito de) sentido. E este efeito de sentido depende da memória discursiva do sujeito, do enunciador e da interação construída. Afinal, o discurso inicia-se a partir de outros discursos (interdiscurso), os quais nos fornecem subsídios teóricos e práticos para a construção da formação discursiva. Fonseca-Silva (2007) afirma que a memória discursiva funciona como “*um espaço em que enunciados entram em redes, circulam e abrem-se para serem deslocados, repetidos, apagados, esquecidos, retomados, atualizados e transformados, num jogo de discursos e contra-discursos presentes e futuros*”.

Como afirma Possenti (1993), no discurso o sujeito tem relação com a estrutura, com uma dependência, maior ou menor ao que a estrutura limita, revelando, além da presença da subjetividade, certa sujeição. As regras da língua não estão submetidas apenas às suas leis, mas também a outros processos de enunciação, que estão constantemente em funcionamento. Este funcionamento potencializa a historicidade do sujeito e destaca sua fala como um recorte das representações de um tempo histórico e de um espaço social. É desta forma que o sujeito situa o seu discurso em relação aos discursos do outro. Nesse sentido os sujeitos da linguagem sabem que a verdade de um não pode ser a verdade do outro (FOUCAULT, 2000).

Segundo Maingueneau (1989), não se pode falar de sentido de um enunciado fora de contexto. O sentido está numa seqüência verbal articulada em uma situação particular, assumido em um lugar e em um momento específico, por um sujeito que se dirige numa determinada perspectiva a um ou vários sujeitos.

Faço isso analisando os dados de um sujeito submetido inicialmente a uma terapia *pasteurizada*, derivada da corrente hegemônica, e, em seguida, participante de um grupo terapêutico de orientação discursiva.

Capítulo IV - De um caso de afasia para a interação com um sujeito afásico

Neste capítulo, a análise dos dados do acompanhamento longitudinal do sujeito F servirá para retomarmos a hipótese desta pesquisa, qual seja: a formação da Fonoaudiologia relativa à linguagem é insuficiente para favorecer o devido trabalho lingüístico-cognitivo de sujeitos afásicos. Analisamos o trabalho fonoaudiológico realizado com sujeitos afásicos, baseado em relatos do próprio sujeito e em alguns *exercícios* retirados dos seus cadernos, quando submetido a tratamentos fonoaudiológicos tradicionais. Por fim, discutimos, por meio de tais dados, como a Fonoaudiologia pode avaliar e tratar (d)a afasia, filiando-se à Lingüística e introduzindo na prática clínica com a linguagem (COUDRY e FREIRE, a sair) atividades discursivamente orientadas (COUDRY, 1986/88).

O sujeito F

De acordo com os relatos de sua mãe (que sempre a acompanhou), F “*sempre foi uma moça prestativa, responsável, carinhosa, organizada, dedicada com seus familiares, amigos e alunos*”. Uma professora exemplar, que criava estratégias motivadoras para o melhor aprendizado de seus alunos. Gostava de desafios, tanto que também era professora de crianças surdas em uma Instituição Especial de sua cidade. Atualmente, com 44 anos, F mora com os pais, não teve filhos, faz pintura e equoterapia²⁹ duas vezes na semana.

Ao sair do banho (em 1992)³⁰ sentiu-se mal, chegando a desmaiar. Foi levada pelos pais ao hospital e ficou internada por aproximadamente sete dias e, segundo ela, não conseguia

²⁹Equoterapia é um método terapêutico educacional complementar (reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina em 1997), que utiliza o cavalo como mediador terapêutico, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento global (motor, cognitivo, lingüístico, social, emocional) de seus praticantes.

³⁰Em 1992, um exame topográfico revelou lesão hipodensa nos lobos frontal, temporal e parietal esquerdos. A avaliação neurológica concluiu um quadro de acordo com o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde), de infarto cerebral devido à trombose de artérias pré-cerebrais (I 63.0), epilepsia (G 40.0) e síndrome da artéria cerebral média (G 46.0). Foi, então, diagnosticado pelo médico que o sujeito apresentava disfasia de expressão e déficit motor no hemisfério direito.

falar mesmo compreendendo o que as pessoas falavam. Usou como resposta a tudo que lhe era perguntado a palavra *chuchu* (não soube referir por quanto tempo). Iniciou tratamento fisioterápico na época do derrame e prossegue até os dias de hoje apenas com a natação. Fez Terapia Ocupacional com objetivo de exercitar a mão esquerda (sempre foi destra) para a escrita, já que o hemicorpo direito esta(va) hemiplégico. Referiu alimentar-se normalmente, não tendo dificuldades para mastigar e nem deglutir os alimentos (até mesmo logo após o AVC). Não teve engasgos e nem tosse antes ou após a deglutição, o que poderia ocorrer diante de seu quadro lesional. Isso faz muito sentido para a vida de F, pois sempre gostou muito de cozinhar, aprender receitas novas e decorar os pratos que fazia.

Quando procurou a Clínica Escola, em março de 2001, a qual frequenta até os dias atuais, trouxe relatos pessoais e relatórios (de profissionais) que davam indícios de sua história com a terapia fonoaudiológica.

No início de 1994, F procurou um atendimento fonoaudiológico particular que enfocou “*fluência verbal, memória imediata para nomes, objetos, datas e fatos recentes*”, como descreveu a própria fonoaudióloga que a atendeu. No final do relatório, a fonoaudióloga concluiu que esse tipo de trabalho foi realizado durante todo o ano de 1994 e que houve melhora acentuada. Em 1995, o atendimento fonoaudiológico sofreu mudança, pois F manifestou o desejo de “*aprimoramento de sua escrita com a mão esquerda, coordenação motora e de ser realfabetizada*”, como também apresentou a profissional que a acompanhava à época.

O que faz uma pedagoga pensar em ser realfabetizada? O que faz uma fonoaudióloga pensar que realizar diversos exercícios de cópia com a mão esquerda (já que a direita estava hemiplégica) poderia ajudar F a escrever? Entendemos que seria bem melhor habilitar a mão esquerda a fazer outras atividades tão mais contextualizadas e significativas, como por exemplo: amassar pão, desenhar, pintar, manusear argila (escultura), fazer mosaico, higienizar e dar banho em cavalos, entre outros. A cópia poderia entrar no acompanhamento fonoaudiológico, ou seja, ganhar sentido para quem escreve/lê, no contexto em que copiar faz parte das coisas que fazemos quando escrevemos; copiamos endereços, letras de música, o que o professor diz em aula,

receitas, nomes de perfume, livros, filmes, por exemplo, mas nem por isso a cópia deve ser o foco do aprendizado da escrita, menos ainda usada, tal como é, para avaliar aprendizagens de escrita.

A atuação da fonoaudióloga mostra um profissional que não está preparado para perceber um sujeito vivo e atuante, refletindo e agindo sobre a linguagem. Por isso, no tipo de exercício que propõe, o sujeito não tem condições de lidar com a linguagem, a não ser efetuar comandos que lembram as tarefas escolares, no pior sentido de escolar (COUDRY e MAYRINK-SABINSON, 2003).

O sujeito F buscou a Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade onde sou professora a fim de participar dos atendimentos fonoaudiológicos individuais³¹ e em grupo³², com a seguinte queixa: “*Vim,... porque quero melhorar a escrita*”. Na ocasião, mostrou-nos os três cadernos³³ que eram utilizados nas sessões fonoaudiológicas particulares que foram encerradas em 1997, por motivo de descontentamento por parte do sujeito e de sua família. Descontentamento que se caracteriza, segundo eles relatam, pela insatisfação quanto ao preço e duração das sessões; quanto à ausência da fonoaudióloga que saía da sala frequentemente; quanto às atividades repetitivas que solicitava para F fazer; quanto às interrupções das atividades pela fonoaudióloga para atender ao telefone; quanto ao grande número de sessões desmarcadas e atrasadas; quanto à ausência de orientações a família; quanto ao excesso de promessas na melhora do quadro afásico; quanto ao descompromisso profissional, quanto ao tratamento infantil dado a F; entre outros. Desta forma, F desistiu de receber esse atendimento fonoaudiológico, retornando apenas em 2001, pois sua mãe foi contratada pela Instituição de Ensino Superior (CESUMAR – Centro Universitário de Maringá-Pr, onde se encontra a Clínica Escola de Fonoaudiologia) a qual fornece atendimentos gratuitos à comunidade.

³¹O atendimento individual na Clínica Escola de Fonoaudiologia é realizado duas vezes na semana, com duração de 50 minutos cada encontro. O atendimento é realizado por um aluno do 4º ano do curso e supervisionado por uma professora/fonoaudióloga.

³² Desde 2001, na mesma Instituição, iniciou como projeto de Pesquisa e Extensão, o Grupo de Orientação e Integração de Afásicos (GOIA). Estes encontros são semanais, com duração de 2 horas. Participam do grupo sujeitos afásicos e não-afásicos (professores, alunos, pesquisadores, cuidadores e/ou familiares dos afásicos). As atividades e as dinâmicas realizadas no GOIA foram inspiradas e fundamentadas pelos trabalhos com a linguagem desenvolvidos no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL-UNICAMP), mais especificamente no Centro de Convivência de Afásicos (CCA - Grupo II), sob orientação da Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry.

³³Os três cadernos não estavam datados.

Entretanto F, levava os cadernos diariamente aos encontros na Clínica Escola de Fonoaudiologia solicitando o uso deles, tanto para ela quanto para os outros sujeitos afásicos que participavam do grupo. Parecia que as palavras “*tarefa, caderno, exercício*” indicavam a materialidade dos encontros que tinha com a fonoaudióloga anterior. E disso não conseguia se livrar; afinal, sua formação é em pedagogia.

Seguem alguns exercícios retirados dos três cadernos de F (um lugar que dá visibilidade à práxis fonoaudiológica) realizada anteriormente à sua vinda para o GOIA:

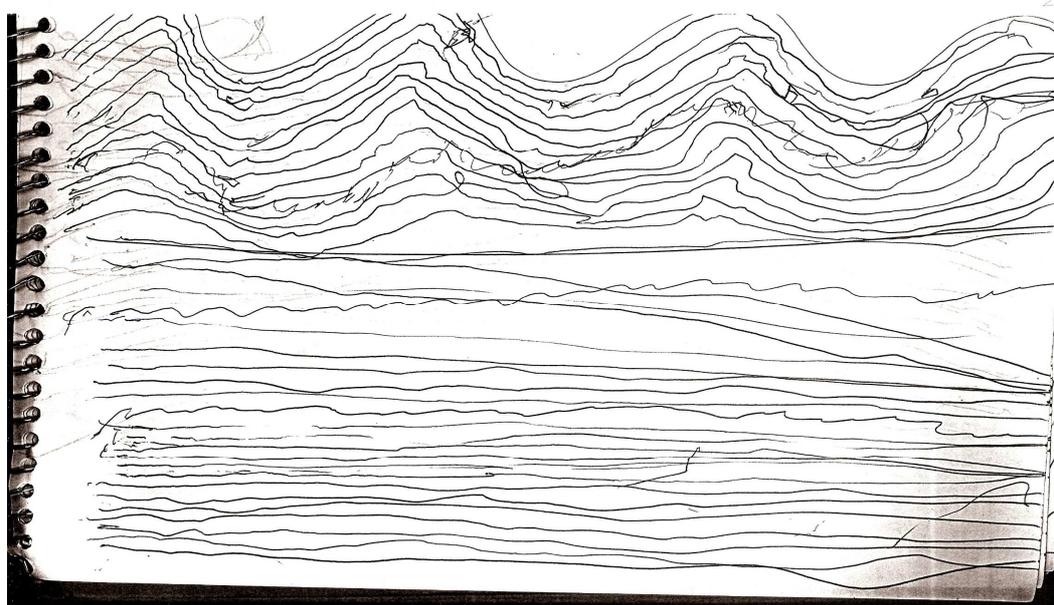


Ilustração 9: Atividade realizada logo no início do tratamento fonoaudiológico, com a ordem de seguir a linha igual ao modelo.

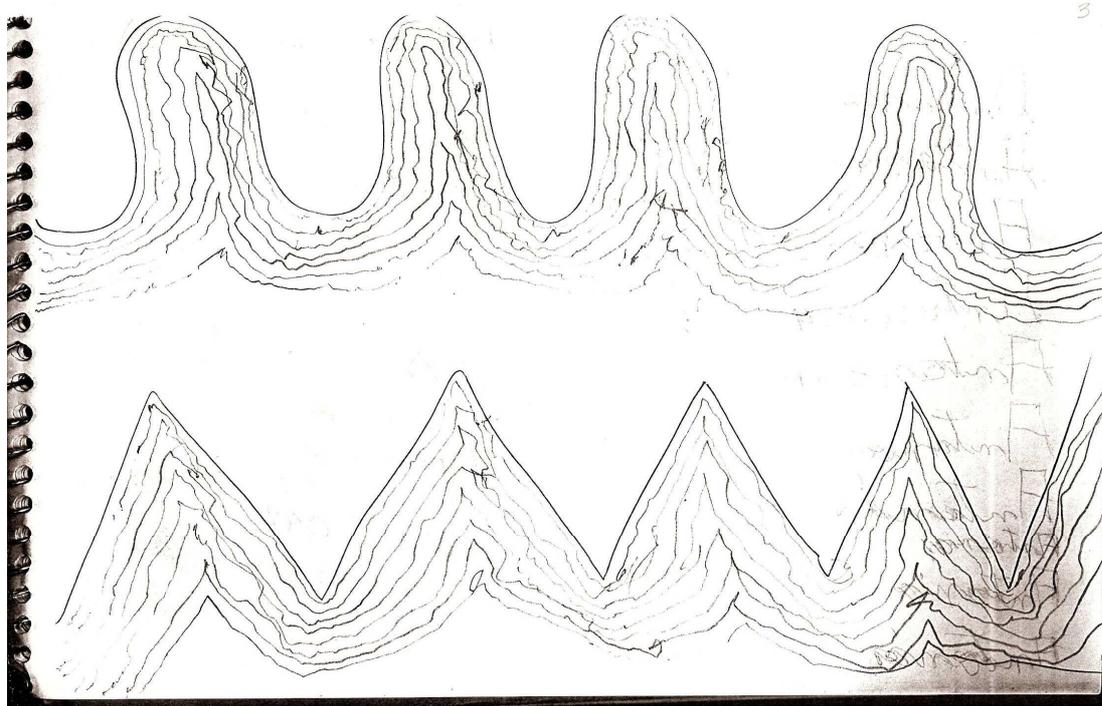


Ilustração 10: Atividade do mesmo caderno, comando idêntico ao da Ilustração 9.

A questão a destacar desse tipo de exercício é a falta de sentido para a afásica: Porque será que a fonoaudióloga escolheu os cadernos de desenho? Cadernos tão infantis para uma mulher feita, escolarizada e, principalmente, para uma pedagoga. Poderia ter utilizado, pelo menos, folhas de sulfite. Outro despreparo da fonoaudióloga foi quanto à ausência de datas nos três cadernos de F, demonstrando não ter nenhum cuidado com a orientação temporal. Parece que a única preocupação com o tempo é a memória recente, não percebendo que poderia usar a escrita como possibilidade de memória, como forma de criar memória (LURIA, 1988).

No mesmo trajeto via *nonsense* (COUDRY e MAYRINK-SABINSON, 2003) seguem-se os traçados de letras que até poderiam ser realizados, mas articulados com palavras e com seu sentido.

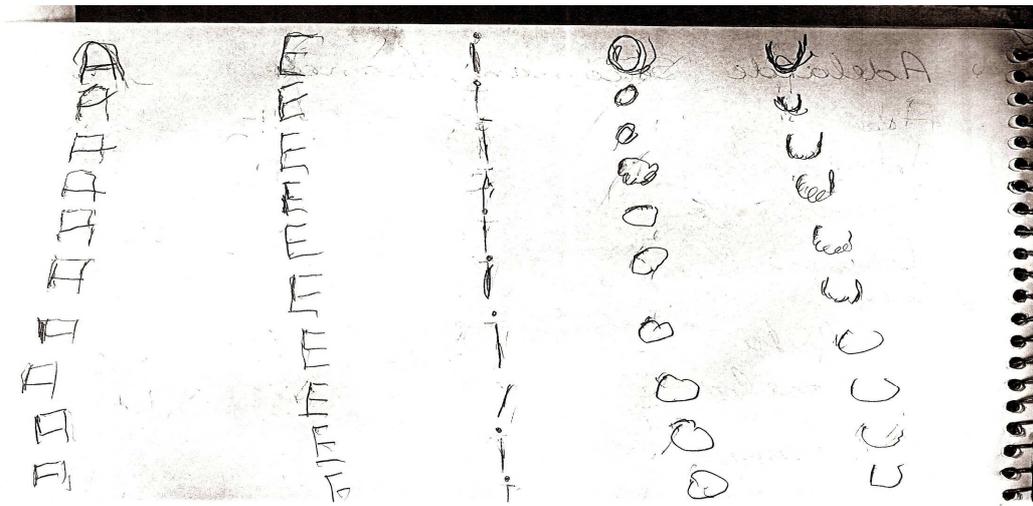


Ilustração 11: Realizar a cópia das vogais.

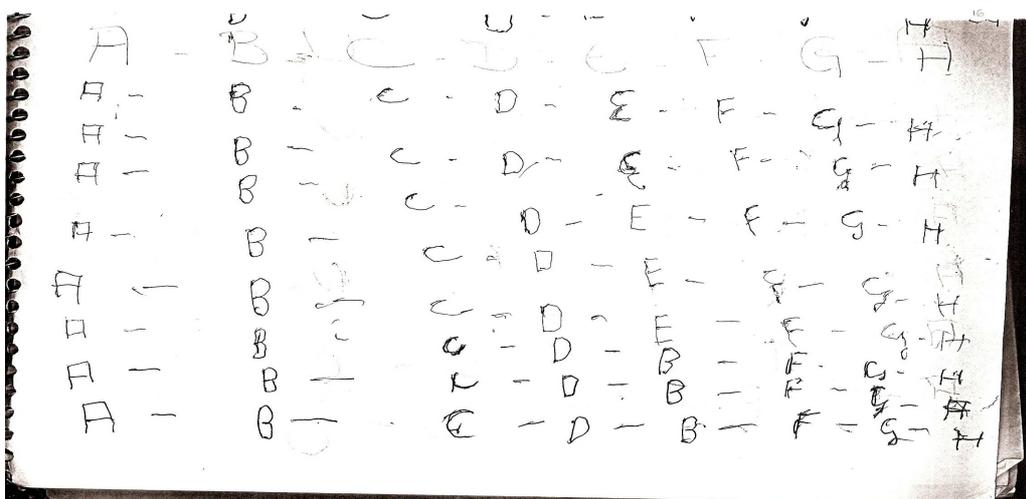


Ilustração 12: Realizar a cópia do alfabeto.

Na Ilustração acima, a fonoaudióloga usa uma folha inteira para parte do alfabeto. Imagina quando F completasse o exercício exigido, estaria com a mão dura? Com a cabeça vazia? Em silêncio? Ou com um humor invejável?

Depois de muito treinar; segue-se o alfabeto completo.

Será que F tem dificuldade com o alfabeto ou a fonoaudióloga está tentando realfabetizá-la da pior forma que se conhece? Será que a fonoaudióloga percebe que o alfabeto é

composto do nome das letras, dispostas em uma ordem que formam uma seqüência que faz sentido para quem lê/escreve, sendo que o sentido se estabelece conforme se dá a relação do sujeito com a escrita/leitura.

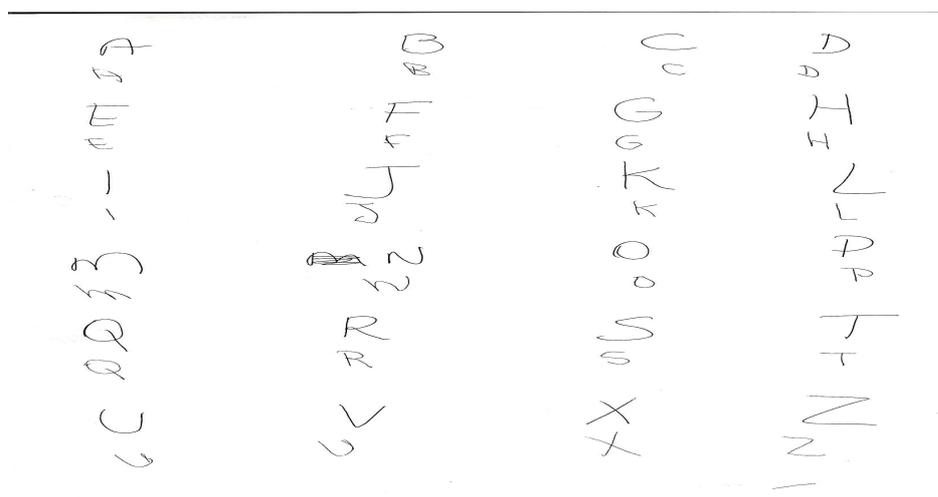


Ilustração 13: Mais cópia de todo o alfabeto.

Seguem no caderno exercícios descontextualizados de cópia, seqüências, séries: do tempo em que é trabalhada a escrita dos meses do ano, dias da semana, depois de números até 20! Ou será que continuaria até que número? Já que se trabalhava a linguagem automática, trabalhava-se também a escrita automática de números. É desanimador.

JANEIRO
JANEIRO janeiro
FEVEREIRO
FEVEREIRO
MARÇO
MARÇO
ABRIL
ABRIL
MAIO
MAIO
JUNHO
JUNHO
JULHO
JULHO
AGOSTO
AGOSTO
SETEMBRO
SETEMBRO
OUTUBRO
OUTUBRO
NOVEMBRO
NOVEMBRO
DEZEMBRO
DEZEMBRO

Ilustração 14: Cópia de todos os meses do ano.

SEGUNDA - FEIRA
SEGUNDA - FEIRA
TERÇA - FEIRA
TERÇA - FEIRA
QUARTA - FEIRA
QUARTA - FEIRA
QUINTA - FEIRA
QUINTA - FEIRA
SEXTA - FEIRA
SEXTA - FEIRA
SÁBADO
SÁBADO
DOMINGO
DOMINGO

Ilustração 15: Cópia dos dias da semana.

1	2	3	4
1	2	3	4
5	6	7	8
5	6	7	8
9	10	11	12
9	10	11	12
13	14	15	16
13	14	15	16
17	18	19	20
17	18	19	20

Ilustração 16: Cópia dos números de 1 a 20.

Conforme dito, F se habituou ao *nonsense* e solicitava às investigadoras na Clínica Escola de Fonoaudiologia para realizar os exercícios que fazia antes com a fonoaudióloga. Uma das investigadoras perguntou que tipo de exercícios eram e F, entusiasmada, respondeu que eram “exercícios para escrever”.

São inúmeros os trabalhos de lingüistas sobre aquisição de leitura/escrita mostrando a relação que a criança estabelece com estas atividades, as hipóteses que formula (ver especialmente ABAURRE, FIAD e MAYRINK-SABINSON, 1997). F já tem estabelecida essa relação e não deixa de ser letrada porque tem afasia, embora esta possa modificar tal relação. É o que se faz no interior da Neurolingüística de orientação discursiva, cuja base lingüística analisa os exercícios acima como muito distantes do que é escrever e isso não porque há cópia e exercícios de repetição, mas por sua descontextualização, que fica apartada do que faz sentido para escreventes e leitores, no caso adulta e letrada. Será que o que foi mostrado acima, podem mesmo ser chamados de exercícios para escrever? Será que estes exercícios conseguem mostrar F lidando com a afasia? Para isso acontecer, F tem *changes* para *experimental ajustes e desajustes, arranjos e re-arranjos*

da/na linguagem? (ISHARA, 2008: 18). Neste sentido, esta mesma autora enfatiza que as atividades propostas

[...] são representativas de uma certa maneira de conceber a linguagem e, conseqüentemente, suas desordens. A linguagem é vista como uma espécie de código e as tarefas propostas impedem que o sujeito mostre os recursos lingüísticos ainda presentes e como são/estão articulados. Não há chances para que o sujeito explore suas (im)possibilidades. O que vai ser descrito e treinado já está pré-estabelecido. Qualquer produção do sujeito será encaixada em uma tipologia de erro para a qual a linguagem em funcionamento não é relevante. Não há teorização que sustente um olhar para a linguagem [...].

Freud (1891/1973) afirma que no exercício de copiar há um treino do aspecto motor da escrita, mas que por si só não provoca o desenvolvimento da leitura ou da escrita. Descreve esse exercício como lugar de transposição motora de letras, que pode ser facilitado pela possibilidade de se fazer a leitura do material, mas também é possível que a cópia ocorra sem a leitura e compreensão de nenhuma das palavras copiadas. O autor valoriza e enfatiza o uso da linguagem, da significação, do sentido, durante a execução de qualquer atividade; afinal, só falamos, só escrevemos, dentro da palavra.

A propósito, Freud (idem) explica que a entrada do sujeito ouvinte na linguagem, se dá pelo acústico, que organiza todos os outros elementos: visual, motor, cinestésico e gráfico. O movimento na escrita está a serviço do sentido que a palavra escrita carrega pela associação com a fala. O mesmo autor esclarece que sozinho o movimento motor não carrega sentido: ele melhora a aptidão motora de transpor letras de forma em manuscrita; inscreve cerebralmente uma imagem motora do traçado; diminui o tempo que o indivíduo leva para a realização da escrita das palavras; ajuda a melhorar o contorno gráfico dos traços da letra tornando-a mais inteligível para o outro e para o próprio sujeito.

Além das atividades já comentadas, a fonoaudióloga solicitava que o sujeito realize alguns exercícios diariamente em casa e no consultório, entre eles:

- a) exercícios miofuncionais como: protuir e retrair os lábios, estalar, alargar e afilar a língua, vibrar a língua e os lábios;

- b) tomar líquidos só com canudos, mascar goma e chicletes, soprar língua de sogra, chupar pedras de gelo;
- c) cantarolar acompanhando o ritmo da música com *lá, lá, lá*;
- d) falar, várias vezes, os dias da semana, meses do ano e números de 1 a 10;
- e) treinar inicialmente o som do *m* (com os lábios fechados), em seguida acrescentar as vogais: *ma, me, mi, mo, mu...*;
- f) treinar, depois do *m*, o *p*: *pa, pe, pi, po, pu*;
- g) depois dessas duas; todas as outras consoantes.

Em um mundo complexo como o que experimentamos, para quê e para quem são esses exercícios? F, pedagoga durante anos, se satisfazia com essas atividades? Atividades essas descontextualizadas, mecânicas, infantis, que fazem lembrar as cartilhas do processo inicial da alfabetização. As ilustrações 9 e 10 mostram exercícios em que a fonoaudióloga sugere exercícios de coordenação motora e nas demais tarefas acima aplica a cópia das vogais, do alfabeto, dos meses do ano, dos dias da semana e dos números de 1 a 20. Enfim, a crítica que fazemos incide na falta de sentido que há nessas atividades, o que as torna impessoal. O afásico perde a sua identidade e a afasia parece trazer à tona a regressão pessoal de uma aluna que deverá cumprir o que a professora exige; afinal, o trabalho fonoaudiológico reproduz atividades muito semelhantes às escolares, em seu pior estilo. Um contraste bem significativo com o mundo atual, extremamente, digitalizado.

Tais exercícios são da abordagem tradicional-hegemônica em Fonoaudiologia, geralmente as terapias fonoaudiológicas utilizam situações artificiais e não contextualizadas para avaliar e tratar de pessoas com a linguagem abalada, com base em uma visão normativa da língua e pressupondo, assim, que o sistema fonoarticulatório antecede a linguagem, ou melhor, se desvincula dela. Além disso, não se pode esquecer que sem a interlocução (mediadora de relações com o outro e com o mundo) não há produção de sentido e de linguagem (COUDRY e MAYRINK-SABINSON, 2003). Não é porque há perguntas a serem respondidas e comandos verbais a serem realizados que a interlocução está em jogo.

Aproximadamente 3 meses se passaram e F continuava resistente às atividades propostas nos encontros, que visavam explorar o uso funcional da linguagem oral e escrita, ou seja, orientados pela abordagem discursiva. Sua resistência se manifestava como, por exemplo: afirmando não saber escrever, ou dizendo que não faria atividade porque estava com dor de cabeça ou cansada. Às vezes, solicitava para que uma das investigadoras escrevesse para em seguida ela copiar. Às vezes, dizia que estava sobrecarregada com as tarefas de casa, ou dizia que a atividade era muito difícil e que ela não conseguiria realizá-la.

Passados mais 3 meses, F foi se envolvendo mais com o grupo e com as atividades realizadas nele. Foi tornando-se mais segura, confiante no trabalho e mais autônoma linguisticamente, ou seja, não depende mais da mãe para interpretar e “falar por ela”; inicia diálogos já na sala de espera com os outros integrantes do grupo; utiliza a agenda com anotações de sua vida feitas por ela; organiza eventos, passeios e receitas culinárias com o grupo; traz para os encontros recorte de jornal e revista com assuntos de interesse próprio e do grupo e, também, folders dos passeios que costuma fazer com a família; entre outras. Desta forma, os autores Campos & Campos (2006c: 670) não tomam

a autonomia como contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependência. [...] poderia ser traduzida como um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso.

No dia 21 de novembro de 2001 (8 meses após a inserção no GOIA) F volta a falar no grupo sobre o atendimento fonoaudiológico anterior e realizado por ela, como fizera outras vezes, demonstrando necessidade de dizer como se sentiu “paciente”. Um sujeito afásico recém-chegado no grupo (segundo encontro dele) estava desanimado, comentando sobre a pouca melhora que

vinha tendo no outro atendimento fonoaudiológico individual que recebia em uma outra Instituição. Devido a isso, F se mostrou interessada em saber como era esse atendimento e começou, então, a se identificar com o seu próprio passado.

No **Dado 1**, abaixo, apresento um trecho dessa sessão, em que estão presentes F, outros sujeitos afásicos e não afásicos que participam do grupo e a investigadora (Iap):

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre condições de produção do enunciado não-verbal
1	F	leve... caderno e... tarefa não como é que chama... exercício	Tom: interrogativo. Em seguida, tom: exclamativo	Olha para Iap solicitando ajuda
2	F	mas não adianta... adiantou...	Tom: desanimada e decepção	Abaixa a cabeça
3	F	ela né não olhava pra F... não conversa com F... não... explica né...	Tom: afirmativo	Movimenta o braço direito como se estivesse escrevendo
4	F	parecia... eu criança	Tom: afirmativo	
5	F	Bem criancinha... retardada sabe	Tom: exclamativo	Levanta a cabeça, abre bem os olhos e movimenta o braço direito mostrando o tamanho pequeno de uma criança
6	F	parecia aqueles... mental não... mental... decente mental... não... como é que chama... deficiente metal	Tom: exclamativo	Movimenta o braço e a mão direita em círculo do

				lado do ouvido direito
--	--	--	--	------------------------

Ilustração 17/dado 1: Relato oral sobre seu sentimento a respeito do tratamento fonoaudiológico anterior [21/11/2001]

Fonte: Tabela BDN CNPq nº 521773/95-4³⁴

F mostra, no dado acima, um discurso que se apresenta também por gestos (envolvendo o corpo e a face) e modulações no tom de voz, nos quais podemos considerar indicativos de que há um sujeito atuando na/pela linguagem. Ishara (2008), descreve sobre o sujeito que acompanhou em sua tese e afirma que quando o espaço terapêutico coloca o sujeito em posição privilegiada, este se reconhece por *inteiro* no atendimento, (re)conhece seus *erros*, seu *corpo*, suas *reflexões*, seu *passado* e seu *presente* (grifos da autora). Os dados mostram, também, F ajustando vários tempos verbais em sua fala, além de se tratar de F (e não pela 1a. pessoa) ao se referir a ela no tratamento antigo e, nesse jogo dialógico, é possível experimentar as diversas opções que a língua dispõe.

Conforme já escrito, no acompanhamento anterior que F fizera, inicialmente, a fonoaudióloga havia julgado que o problema maior era quanto à comunicação gráfica, que seria resolvido com muitos exercícios de cópia e colagem, coordenação motora fina e global e ditado. Em seguida, enfatizou sua atuação fonoaudiológica na articulação de F, justificando por que priorizara o nível fonoarticulatório (o pior modo de ser trabalhado).

No entanto, F relata que o tratamento “*não adiantou*”. Esse tipo de relato pode fornecer ao profissional indício de que o problema não é fonoarticulatório, mas na ocasião daquele tratamento fonoaudiológico mais uma vez foi anulado o lugar do sujeito, um sujeito que podia falar de si mesmo, mas não teve ambiente para isso. Não só podia falar de si mesmo, como reivindicou, várias vezes, um espaço para si e, principalmente, para sua linguagem.

E a esse movimento discursivo que pretendemos dar visibilidade nesta dissertação, com auxílio dos pressupostos teóricos da Neurolinguística Discursiva, bem como a metodologia

³⁴ Tabela criada pelo Banco de Dados de Neurolinguística (BDN) desenvolvido no interior do Projeto Integrado de Neurolinguística (CNPq nº 521773/95-4) que busca dar visibilidade à cena enunciativa registrando tanto o que se fala, como o que se escreve e se gesticula. Ou seja, o BDN dá visibilidade às condições de produção do enunciado verbal e também do não-verbal.

que dela se extrai. Afinal, F se mostra inquieta diante das situações que a fonoaudióloga lhe propôs durante tanto tempo. Ou seja, F *reconhece e reclama seu lugar de sujeito da linguagem que não pode ser apagado com a lesão* (ISHARA, 2008). Além disso, F tem sua própria história, convívios, dúvidas, cultura, valores, crenças e descrenças (ZANIBONI, 2007).

A tensão e o conflito se instalam e se revelam na seqüência: “*não conversa*”, “*não olhava*”, “*não explica*”. Até que F conclui: “*não adiantou*”. F parece perceber que não tem lugar ali, só há lugar para o patológico, lugar esse que nega veementemente, e que a leva a romper com o atendimento: “*eu parecia bem criancinha...*”.

Retomando o relato que F fez no trecho transcrito acima, podemos observar que ela se queixa da falta de um lugar como interlocutor, tanto que trata a si mesma pelo uso da terceira pessoa (“*não olhava pra F*”). Além disso, quando diz “*não conversa*”, mais uma vez, indica que não era considerada como locutora (sujeito de discurso). Essa anulação do sujeito revela, portanto, que a relação foi estabelecida não com F, mas com o que se julgava patológico – um julgamento, aliás, errôneo. O que podemos notar é a oscilação na marcação dela enquanto sujeito que fala: a primeira pessoa é a pessoa que fala e a terceira é de quem se fala, como nas passagens: “*eu criança*” e na flexão verbal “*leveí caderno*”.

Mais adiante, em seu relato, F diz que a fonoaudióloga que a atendia “*não explica (va)*”. Neste momento, podemos observar que F destina à terapeuta um lugar de alguém superior, dona de um saber inquestionável. Pode ser que exista a idéia de que F esperava que as ordens viessem da profissional, afinal, a fonoaudióloga estava dentro do paradigma de passar exercícios escritos, articulatórios e dar o diagnóstico.

A propósito, para Coudry (1986/1988), o profissional pode se iludir com sua competência, pois ele é quem escolhe, quem observa, quem trabalha e quem diz. Ocupa, assim, uma posição de domínio da interlocução, igualando todos os sujeitos afásicos como se não tivessem outra história pessoal. Não podemos nos esquecer ainda que o profissional que lida com afásicos depara, em seu trabalho, com uma dificuldade bastante evidente, visto que ser

interlocutor do afásico remete a questões próprias de cada sujeito, o que, infelizmente, não foi considerado em nenhum momento pela terapeuta que atendia F.

Temos que reconhecer que ser interlocutor de um sujeito afásico não é tarefa simples, nem fácil. É exigido desse interlocutor que ele tenha uma visão ampla de linguagem, o que é natural, intuitivo para qualquer falante frente a algumas situações dialógicas, como conversar com crianças pequenas, por exemplo. Essa visão mais ampla impõe um reconhecimento de que linguagem não é somente som, estrutura sintática, o corpo também fala (significa); as expressões e os sinais corporais iluminam a linguagem verbal.

Por outro lado, consideramos um distanciamento absolutamente saudável entre o sujeito de hoje analisando o sujeito de antes, questionando o lugar pré-determinado que ocupava. Depois ela diz que parecia um deficiente mental, alguém que, no ideário de F, simboliza algo semelhante ao *estágio de criança bem criancinha*, ou seja, neste instante, ela está se marcando como diferente de crianças e de deficientes mentais, revelando seu descontentamento em ser tratada daquele modo, não só como sujeito que fala, mas que analisa o que o outro fala. As palavras de Balieiro Junior (2001: 68-69) nos ajudam a entender que esse sujeito é um sujeito que:

[...] ‘sabe que sabe’, um sujeito que consegue localizar-se em momentos diferentes de sua própria história e, por ter reconstruído, narrativamente, esta história, embora continue com dificuldades de linguagem, consegue entender e superar estas dificuldades, retomando o papel de agente do próprio entendimento, justamente porque consegue interpretar estas dificuldades, dar a elas um sentido.

Esse dado mostra um sujeito que se estranha, que se apresenta afetado por sua atual condição humana (COUDRY, 2002b). Um sujeito que “*consegue passar de uma condição de sujeito que se estranha, para uma condição de sujeito que se reconhece*” (BALIEIRO JUNIOR, 2001). Por isso, de acordo com a teorização proposta por COUDRY, a partir do texto de 1986/88, incluindo os de 2000, 2001 e 2002 (a e b), falar de afasia é falar de linguagem e de sujeito e, por mais que se propague que a afasia implica modificações na sua relação com a língua e o exercício da linguagem, o sujeito afásico não perde a sua condição de falante de língua natural, mesmo sem

usar a fala. Assim é que não se pode deixar de levar em conta “*que o sentido não é dado previamente, mas se faz em meio a contingências enunciativas e ântropo-culturais*” (FRANCHI, 1977/92; COUDRY, 1986/88). Condições essas que os testes e os exercícios gramaticais desqualificam.

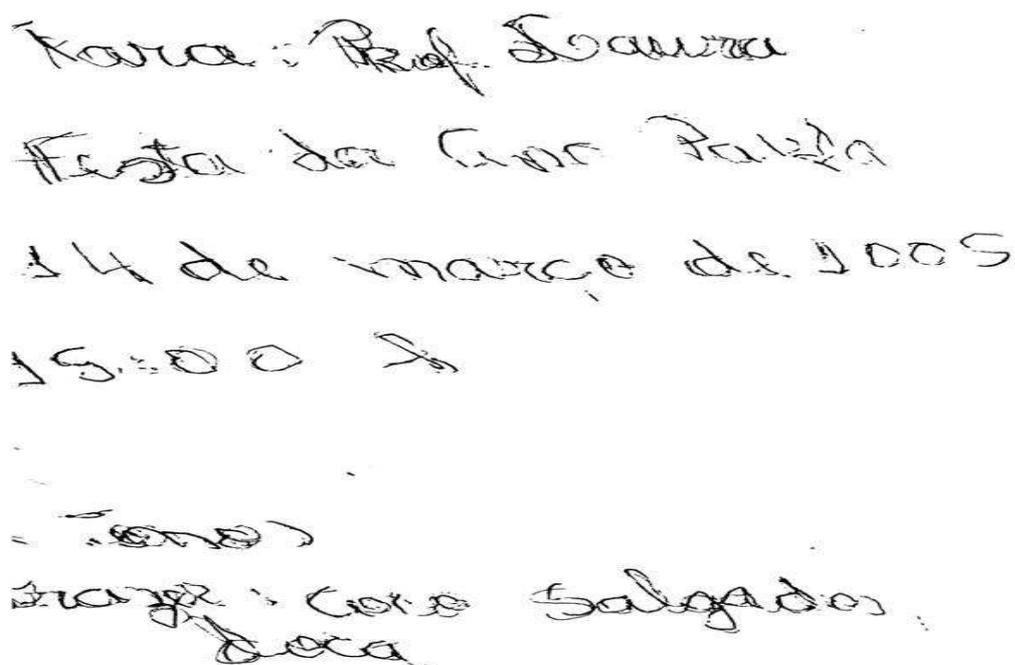
O que se pode depreender do relato de F acima e dos comentários que tecemos é que a visão da fonoaudióloga repercute no sujeito, anulando sua própria identidade e produzindo um efeito negativo na sua recuperação. Ao fazer uso da abordagem tradicional como método avaliativo e terapêutico supostamente mais fácil e seguro, seu embasamento teórico não deixa de ser, mais uma vez, médico ao mesmo tempo em que exclui as contribuições da Lingüística, apresentando um distanciamento entre o saber e a prática, excluindo o envolvimento de aspectos sócio-culturais, ideológicos e afetivos. Sendo assim, mais uma vez a única relação estabelecida é entre a lesão e o sintoma para, assim, definir e classificar os tipos de afasia.

Além disso, as atividades realizadas nos cadernos que identificamos anteriormente não propiciam a linguagem, mas, pelo contrário, a *silencia*; afinal, enquanto os exercícios são feitos, *não se fala*. Ancoradas em uma forte tradição gramatical, essas manobras, como repetir, nomear, classificar, completar, memorizar, entre outras, são formas descontextualizadas e insuficientes para abranger um fenômeno lingüístico-discursivo tão complexo. Segundo Ishara (2008: 19)

Refletir sobre tais momentos que os sujeitos nos oferecem para uma aproximação sobre o funcionamento da linguagem é um privilégio que só ganha visibilidade em abordagens que se ocupam de teorizações sobre a relação constitutiva entre sujeito e linguagem e que tomam a interlocução como espaço no qual o sujeito se constitui como locutor na relação com o outro e preenche papéis discursivos em situações reais e em diferentes condições de produção.

Para ilustrar e dar visibilidade à práxis fonoaudiológica, agora sim, à luz da Neurolingüística Discursiva, seguem algumas vivências em situações contextualizadas, já que tanto para F como para os demais integrantes do grupo o gosto pela culinária predomina. Os encontros foram realizados em uma cozinha experimental do curso de Nutrição, na mesma Instituição de Ensino que se encontra a Clínica Escola de Fonoaudiologia. F e os demais

integrantes do grupo são encorajados a enfrentar diferentes situações, com diferentes interlocutores (discentes e docentes do curso de Nutrição, que às vezes, permanecem no mesmo local, realizando os estágios curriculares).



A handwritten invitation in black ink on a white background. The text is written in a cursive, slightly slanted script. It reads: 'Para: Prof. Laura', 'Festa da Ana Paula', '14 de março de 1005', '15:00 h', '(Fono)', 'Trazer: coco salgados', and 'doca'.

Ilustração 18: Convite para uma festa de aniversário.

Para: Prof. Laura

Festa da Ana Paula

14 de março de 1005

15:00h

(Fono)

Trazer: coco salgados,

doca

6 de junho de 2005
4:30h / pizza / cozinha de nutrição

Renata

Convida você para pizza,
local: Cozinha de nutrição
às 4:30h
pizza: frango e calabresa

Ilustração 19: Convite para um encontro na cozinha de Nutrição.

6 de junho de 2005

4:30 h / pizza / cozinheiro de nutrição

Renata

convida você para pizza.

local: cozinha de nutrição

às 4:30 h

pizza: frango, calabresa

quibe torta de frango 26 setembro
 Elaine e Maria Augusta de 2006
 bola
 prof Ana Paula
 Convida
 Para vir para
 festa de anivers.
 no Elaine e
 Maria Augusta
 17.30 h

Ilustração 20: Outro convite de aniversário.

quibe
 torta de frango
 bola
 Elaine e Maria Augusta
 pão
 salgadinho
 refrigerante
 coxinha
 26 setembro
 de 2006
 prof Ana Paula
 Convida
 Para vir para
 Festa de anivers-

*_rio Elaine e
Maria da Augusta
17:30 h*

É possível reconhecer que as atividades ilustradas nas ilustrações 17, 18 e 19 são escritas em um gênero textual - convite – com formas regularizadas pelo uso, de que F se apropria. Ela utiliza de recursos gráficos para enviar sua mensagem e fazer com que o leitor compreenda o convite que escreveu. F organiza a estrutura e os elementos do convite: destinatário: *Para professora Laura; Renata; Professora Ana Paula*, aniversariante: *Festa da Ana Paula; Elaine e Maria Augusta*, data e horário: *14 de março de 1005; 6 de junho de 2005; 26 de setembro de 2005; 15:00 horas; 4:30 horas e 17:30 horas*, local: *Fono – referindo à Clínica Escola de Fonoaudiologia; Cozinha da Nutrição*, bem como a listagem de ingredientes: *coca-cola, salgados e doce; pizza de frango e calabresa; quibe, bolo, torta de frango, refrigerante, etc.*

Percebe-se ainda processos de refacção textual, mostrando um trabalho do sujeito com, sobre e na língua(gem). Desta forma, F assume ser um sujeito que está sobre o controle da linguagem. Segundo Abaurre, Fiad e Mayrink-Sabinson (1997), o trabalho de refacção realizado por um sujeito afásico indica processo que, automaticamente, dá visibilidade ao trabalho com a linguagem e sua reflexão sobre os fatos que dela derivam. Uma vez que, o processo de refacção seja ou demande um procedimento epilingüístico (COUDRY e SCARPA, 1991) integrado às demais funções da linguagem

[...] a contemplação da forma escrita da língua faz com que o sujeito passe a refletir sobre a própria linguagem, chegando, muitas vezes, a manipulá-la conscientemente, de uma maneira diferente pela qual manipula a própria fala. A escrita é, assim, um espaço a mais, importantíssimo, de manifestação da singularidade dos sujeitos (ABAURRE, FIAD e MAYRINK-SABINSON, 1991: 23).

A partir deste trabalho do sujeito com a linguagem em funcionamento, é que podemos visualizar as novas possibilidades de significação. Afinal, o sujeito reformula seus próprios textos

e se identifica como escritor competente nas diferentes modalidades de linguagem. Portanto, Coudry (1986/89: 67) afirma que

O sujeito não é alguém que é soberano em relação à língua, nem seu criador. Mas também não é um repetidor ou reproduzidor. Nem deus, nem máquina. O sujeito é sempre incompleto, imaturo e, ao mesmo tempo, múltiplo: ao mesmo tempo social, histórico, psicológico, biológico, lingüístico. Todos esses aspectos convivem no sujeito apesar da especificidade de cada um.

-Calinha com maisomose
-coca-coca, guaraná
-quike
-(presuneto) buquiçosa
Seu João – pão, queijo, apresenta
Daniel, pediu para ele (cozinheiro) comir
F
Priscila
Renata
F – SP – Campinas
RP – Campinas
HOPI-HARI
WETIMI-WILD
Rita – R: Paraná – Sindicato
casinheira

Nota-se nesse dado que a contextualização do que é escrito orienta o que é para escrever, prescindindo de comandos para copiar, treinar, completar, decorar, responder, repetir... (diferentemente dos exercícios mostrados anteriormente). Vimos que tais exercícios normalmente são realizados por fonoaudiólogos que se baseiam na concepção de linguagem como um código que funciona semelhantemente ao código de trânsito e apresentam a idéia de que a linguagem deva ser ensinada e, conseqüentemente, treinada. Não há teorização que sustente um olhar para a linguagem, ou melhor, um olhar para a linguagem em funcionamento. Com isso, “*excluem o sujeito, as condições de produção e outros fatores que seriam relevantes para a interpretação dos dados*” (ISHARA, 2008: 18).

Além do trabalho individual, o trabalho em grupo possibilita F pensar e refletir sobre a língua e fazer escolhas empregando o conhecimento que já tem sobre a língua, sem a inquietação de ser corrigida ou avaliada. As mudanças podem ser observadas, inicialmente, pela motivação pela leitura e escrita, afinal, as atividades parecem ter ganho sentido. Hoje, F leva sua agenda para todos os lugares que frequenta, deixa recados no mural que tem dentro da sala em que o

grupo se encontra, manda bilhetes e/ou cartas para suas sobrinhas em Santa Catarina, usa o computador para enviar e-mails para amigos e familiares, etc.

Vale marcar que F usa no dado 20: data (*25 de abril de 2005*), dia da semana (*segunda*), alguns ingredientes (*coca-cola, quibe, guaraná, pão, queijo, presunto, etc*), nome de integrantes do grupo (*afásicos e não afásicos: Rita, João, Priscila, Renata, Daniel*), endereço do trabalho e profissão de outro sujeito do grupo (*Rua Paraná – Sindicato; cozinheira*), lugar que visitou no feriado (*Hopi-Hari, em Campinas*) e outro lugar que gostaria de conhecer (*trouxe no grupo o folder do parque das águas Wet 'n Wild, também próximo de Campinas*).

É nessa direção que Coudry (1986/88: 198) ressalta a importância de criar “*espaços em que se possa favorecer mecanismos de descoberta e expressão que o próprio sujeito elabora*”. Ou seja, o terapeuta/fonoaudiólogo a partir de seus conhecimentos sobre a linguagem, deveria ter sensibilidade para observar e intervir em um melhor posicionamento durante as situações dialógicas, para assim, permitir ao sujeito afásico determinado movimento (ISHARA, 2008).

Considerações Finais

De acordo com que foi discutido nessa dissertação, compreende-se que a história da Fonoaudiologia no Brasil se deu juntamente com mudanças políticas, ideológicas e sociais no país. Tais mudanças contribuíram para construir a identidade e o valor da profissão e, principalmente, garantir o rótulo instaurado como conhecedor da língua e de suas regras. Como afirma Zaniboni (2007: 100), “*aquele que tinha o domínio de conhecimento da (e sobre a) língua, também tinha o poder de (des)qualificar e corrigir o mau uso dela*”.

Percebe-se que, ainda nos dias de hoje, o modelo organicista toma conta do *dizer/fazer* fonoaudiológico, enfatizando, em seus artigos científicos, que a linguagem em sujeitos neurologicamente acometidos deve ser a compreendida como um déficit e/ou distúrbio. Essa posição coloca o sujeito no lugar daquele que não tem voz, passivo, incapaz e “*desprovido de um saber (lingüístico) e de um dizer (histórico e ideológico)*” (ZANIBONI, 2007: 116). Diferentemente, a Neurolingüística discursiva segue Possenti (1992: 76) quanto à assunção de uma posição teórica que

[...] tende entender como um sujeito possuidor de um cérebro e uma fala em condições históricas tem que se mover “gerativa e interpretativamente” para ser sujeito na linguagem, isto é, para funcionar dentro de parâmetros sociais mais ou menos comuns, sendo as diferenças entre um e outro falante suficientemente suportáveis para que nenhum tenha comportamentos completamente incompreensíveis num determinado momento histórico, apesar de provavelmente não ter nenhum comportamento completamente previsível. [...] É preciso ter em conta que, mesmo aqueles falantes que falam institucionalmente e, portanto, atém-se em grande parte a decisões da instituição, são portadores de um cérebro que algum papel deve desempenhar em sua atividade lingüística, além de ser o eventual depositário ideológico do inconsciente e de uma consciência imposta de fora. [...] os discursos que veiculam “vozes” do inconsciente e da ideologia também são induzidos por falantes que têm cérebro [...].

Pela análise dos planos de ensino percebe-se que as grades curriculares nem sempre atingem a expectativa de proporcionar ao fonoaudiólogo a formação humanística desejada. Ou seja, a formação do fonoaudiólogo está exclusivamente voltada para a atuação em consultório, cuidando de pessoas *portadoras* de distúrbio da comunicação. Por isso, os *pacientes* continuam

atribuindo ao fonoaudiólogo o poder de um profissional capaz de resolver as suas dificuldades, pois irão utilizar “*exercícios e aplicar técnicas que vão instalar um hábito correto e desinstalar um vício adquirido*” (CAPELLETTI, 2001: 13).

Essa visão se diferencia, fundamentalmente, da que coloca o fonoaudiólogo como um profissional que trabalha na promoção da saúde, que considera todos os fatores determinantes do processo saúde/doença. Favorecendo o deslocamento do fonoaudiólogo nos pólos da *doença* e da *saúde*. Esse raciocínio, segundo Zaniboni (2007: 163), e sugerido por Campos (2003/07), nos faz acreditar que é possível um outro espaço terapêutico - o espaço da *clínica do sujeito*. Uma clínica *centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta*. Com isso, Campos (2003/07: 57) enfatiza ser necessário

que se faça uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica. [...] não se trata de trocar um modelo pelo outro, mas da ampliação de um modelo; uma mescla resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e a doença.

A partir do caráter histórico e cultural da linguagem, assim como sua indeterminação e incompletude - questões teóricas abordadas pela Neurolingüística Discursiva - é que podemos visualizar uma nova relação entre o normal e o patológico na Fonoaudiologia. Isto é, as manifestações marcantes de um sujeito afásico não precisam ser necessariamente vistas como patológicas, mas como processos normais de significação, que só podem se realizar em contextos que fazem sentido para o sujeito, ou seja, quando relacionadas a situações de uso social – a linguagem como *práxis* – para recordar as palavras de Franchi (1987).

Coudry (2002a) reconhece que quando se propõe um trabalho com afásicos, deve-se levar em conta a *relação entre o sujeito, o outro e as realidades simbólicas mediadas pela linguagem*. Tendo a interlocução como ponto de partida, é possível valorizar a intersubjetividade e o envolvimento de seus participantes no trabalho coletivo da linguagem. Assim, fica evidente que nem tudo que o afásico produz (linguagem verbal e não-verbal) são *erros* ou *desvios* da língua(gem), mas se trata de linguagem, mesmo se apresentando de forma mais incompleta e até

difícil de ser interpretada do que ocorre entre não afásicos, com a ressalva de que entre esses não há transparência de sentido e nem sempre há coincidência de interpretação.

Dessa forma, pautados nos ensinamentos da Neurolingüística Discursiva, consideramos que é possível criar na Fonoaudiologia um espaço terapêutico que proporcione condições para que o sujeito afásico se envolva em práticas discursivas que podem ser vivenciadas por ele. Para criar estas condições, em vez de juntar técnicas descontextualizadas e ausentes de sentido, assume-se a linguagem como processo de significação e de subjetivação, como atividade, trabalho e prática social (FRANCHI, 1977/92).

A partir desta concepção de linguagem historicamente marcada, no exercício funcional da linguagem, que F pôde reconhecer-se e conseqüentemente exercer sua condição de *sujeito da linguagem*, o que possibilitou que retomasse sua vida. Ela hoje é líder dentro do grupo; participa de palestras (organizadas para os discentes de alguns cursos da mesma Instituição, como: Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia) dá depoimentos; explica e percebe sua melhora; se monitora perante suas dificuldades e luta pelos seus ideais.

Referências Bibliográficas

ABAURRE, M.B.M. (1991/1996) Os estudos lingüísticos e a aquisição da escrita. In: CASTRO, M.F. (org). *O Método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas-SP: Editora da Unicamp, pág. 111-164.

_____, M.B.M.; FIAD, R.S.; MAYRINK-SABINSON, M.L.T. (orgs) (1997) *Cenas de Aquisição da Escrita – O sujeito e o trabalho com o texto*. Campinas: Mercado de Letras.

BAGNO, M. (2003) *A norma oculta: língua & poder na sociedade brasileira*. São Paulo: Parábola Editorial.

BAKHTIN, M. (1965) *A Cultura Popular na Idade Média e no Renascimento – O contexto de François Rabelais*. Brasília: Hucitec.

_____, M. (1992 a) *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec.

_____, M. (1992 b) *Estética da Criação Verbal*. São Paulo: Martins Fontes.

_____, M. (2000) Os gêneros do discurso. In: *A estética da comunicação verbal*. (Traduzido por Maria Ermantina Galvão). 3º edição. São Paulo: Martins Fontes.

BALIEIRO JUNIOR, A.P. (2001). *O sujeito que se estranha: manifestações de subjetividade na afasia*. Campinas-SP: Instituto de Estudos de Linguagem, Unicamp (Dissertação).

BATISTA, V.M. (2000) O medo e o método. In: *Discursos Sediciosos. Crime, Direito e Sociedade*. Ano 5, números 9 e 10, 1º e 2º semestre de 2000. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora.

BERBERIAN, A. P. (1995/2007) *Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico*. 2º edição revisada. São Paulo: Plexus.

BORDIN, S.M.S. (2008) *Excesso de diagnóstico na leitura e escrita: vivências com a linguagem no CCazinho*. In: Revista Estudos da Língua(gem). Vitória da Conquista – BA (a sair).

CAMPOS, G.W.S. (2006a) Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECILIO, L.C.O. (org) *Inventando a mudança na saúde*. 3º edição. São Paulo: Editora Hucitec.

_____, G.W.S. (2006b) Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. [et al]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz.

_____, G.W.S.; CAMPOS, R.T.O. (2006c) Co-Construção de Autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. [et al]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz.

CANGUILHEM, G. (1904/2005) *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____, G. (1904-1995/2007) *O normal e o patológico*. 6ª edição revisada. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CAPPELLETTI, I. F. (2001). O lugar onde o Fonoaudiólogo “habita”. In: FERREIRA, L.P. (org). *O Fonoaudiólogo e a escola*. 3ª edição: Plexus.

CHAMMÉ, S. J. (1988) *Saúde e organização social. Saúde: uma questão entre política, poder e cultura*. Séries Monográficas/Sociologia. n.3, UNESP – Campus de Marília.

CHAUÍ, M. (2000) *Brasil: mito fundador e sociedade autoritária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

COUDRY, M. I. H. (1986/1988) *Diário de Narciso – discurso e afasia*. São Paulo: Martins Fontes.

_____, M.I.H.; MAYRINK-SABINSON, M. L. (2003) Pobreza e dificuldade. In: ALBANO, E.; ALKIMIN, T.; COUDRY, M. I. H.; POSSENTI, S. (orgs). *Saudades da Língua e os 25 anos do Instituto de Estudos da Linguagem*. Campinas: Mercado da Letras, pág. 561-590.

_____, M.I.H. & POSSENTI, S. (1983) Avaliar discursos patológicos. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. n.5. Campinas, pág. 99-109.

_____, M.I.H. (1995) Neurolinguística e Lingüística. In: *Temas em Neuropsicologia e Neurolinguística*. São Paulo: Tec Art, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (Série de Neuropsicologia, v.4).

_____, M.I.H. (2002a) Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da Neurolinguística. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. v.42. Campinas-SP.

_____, M.I.H. (2002b) *Conceitos de Afasia: clássico é clássico e vice versa*. Aula apresentada à Banca Examinadora do Concurso de Livre Docência do Departamento de Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas.

_____, M.I.H. (1996) O que é dado em Neurolinguística? In: CASTRO, M. F. P. (org) *O método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas: Editora da Unicamp, pág. 179-192.

_____, M.I.H. (2001) A linguagem em funcionamento na afasia. *Letras de Hoje*. v. 36, n.3. Porto Alegre: PUCRS, pág. 449-455.

_____, M.I.H.; SCARPA, E.M. (1991) De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar os sistematizar o déficit. In: ROJO, R.H.R; CUNHA, M.C.; GARCIA, A.L.M. *Fonoaudiologia & Lingüística*. São Paulo: EDUC.

_____, M.I.H; FREIRE, F.M.P. *Neurolingüística Discursiva: pressupostos teórico-clínicos*. (a sair).

_____, M.I.H. (2008) *Neurolingüística discursiva: afasia como tradução*. In: Revista Estudos da Língua(gem). Vitória da Conquista – BA (a sair).

CUNHA, M.C. (1997) *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus.

DE LEMOS, C.T.G. (1982) *Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original*. Boletim da Abralim, 3. Recife, pág. 97-126.

FEDOSSE, E. (2008) *Processos alternativos de significação de um poeta afásico*. Campinas-SP: Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp (Tese).

FONSECA-SILVA, M.C. (2007) *Poder-Saber-Ética nos Discursos do Cuidado de Si e da Sexualidade*. Vitória da Conquista/BA: Edições UESB.

FOUCAULT, M. (2000) *A ordem do discurso*. 6º edição. São Paulo: Loyola.

_____, M. (1926/1984) *Michel Foucault, Estratégia, Poder-Saber*. In: MOTTA, M.B. (org.) (Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro). 2º edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária (Coleção Ditos e Escritos IV).

_____, M. (1997) *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 16ª edição. (Tradução: Raquel Ramallete). Petrópolis: Vozes.

_____, M. (1986) *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____, M. (1991) *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____, M. (2002) *Os normais: curso no Collège de France (1974-1975)*. (Tradução: Eduardo Brandão). São Paulo: Martins Fontes.

_____, M. (1926-1984/2006) *O nascimento da clínica*. 6º edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____, M. (1979) *Microfísica do poder*. (Organização e Tradução de Roberto Machado). 18º edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.

FRANCHI, C. (1987) Criatividade e Gramática. In: *Trabalhos em Lingüística Aplicada*, n.9, pág. 5-45. Campinas.

- _____, C. (1977/92) Linguagem: atividade constitutiva. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. v. 22, pág. 9-39. jan-jun. Campinas.
- FREIRE, F. M. P. (2003) *Enunciação e Discurso – A linguagem de programação logo no discurso do afásico*. Campinas: Mercado de Letras.
- FREUD, S. (1891/1973) *La afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nuevas Visión.
- GERALDI, J.W. (1990/91) *Portos de Passagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- GNERRE, M. (1985) *Linguagem, escrita e poder*. São Paulo: Martins Fontes.
- ISHARA, C. (2008) *A-fa-si-a: um sujeito em cena*. Campinas-SP: Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp (Tese).
- LAPLANTINE, F. (1991) *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LURIA, A.R. (1988) O Desenvolvimento da escrita na criança. In: VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. In: *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ícone Edusp.
- MACIEL JÚNIOR, J.A. (1988) *Como Enfrentar o Derrame Cerebral*. São Paulo: Editora Ícone.
- MAIA, S. (1987) Repensando a Fonoaudiologia... In: *Revista Distúrbios da Comunicação*, vol.2 (3/4): pág. 161-164, São Paulo: EDUC.
- MAINGUENEAU, D. (1987/89) *Novas Tendências em Análise do Discurso*. São Paulo: Pontes.
- MASINI, M. L. H. (2004) *A clínica fonoaudiológica no final do século XX. O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica*. PUC-SP (tese).
- MELLO, F. F. (1942) Organização e orientação dos serviços de saúde escolar. In: *Anais do I Congresso de Saúde Escolar*. São Paulo, pág.72-103.
- MEIRA, I. (1996) História da Fonoaudiologia no Brasil. *Distúrbios da Comunicação*. v.8, n.1, pág. 87-92, junho.
- MINAYO, M.C.S. (2006) Contribuições da Antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS [et al]. *Tratado de Saúde Pública*. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz.
- OLIVEIRA, E.C. (2007) *Um outro olhar para a patologização da escrita infantil*. Campinas: Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp (Tese).

PADILHA, A. M. L. (2001) *Práticas Pedagógicas na Educação Especial – A capacidade de significar o mundo e a inserção cultural do deficiente mental*. Campinas: Autores Associados.

PÊCHEUX, M. (2002) *O discurso: estrutura ou acontecimento*. (Tradução de Eni Puccinelli Orlandi). 3ª edição. São Paulo: Pontes.

_____, M. (1997) Análise automática do discurso. In: GADET, F.; HAK, T. (orgs). *Por uma análise automática do discurso*. São Paulo: Editora da Unicamp.

PINTO, M. (1994) *Desenvolvimento e Distúrbios da Linguagem*. Portugal/Porto: Editora Ltda. (Coleção Linguagem – 3).

PORTER, R. (1993) Expressando Enfermidade: a linguagem da doença na Inglaterra Georgiana. In: PORTER, R.; BURKE, P. (org) *Linguagem, Indivíduo e Sociedade*. (Tradução de Álvaro Luiz Hattner e supervisão de tradução de Aguinaldo José Gonçalves). São Paulo: Editora Unesp.

POSSENTI, S. (2003) Línguas: sistema de sistemas. In: ALBANO, E.; COUDRY, M. I. H.; POSSENTI, S.; ALKMIM, T. (orgs). In: *Saudades da Língua: a lingüística e os 25 anos do Instituto de Estudos da Linguagem*. Campinas/SP: Editora Mercado de Letras.

_____, S. (2004) Teoria do discurso: um caso de múltiplas rupturas. In: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (orgs) In: *Introdução à lingüística: fundamentos epistemológicos*. São Paulo: Cortez Editora.

_____, S. (1996) O dado *dado* e o dado **dado** (O dado em Análise do Discurso). In: CASTRO, M. F. P. (org). In: *O Método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas: Editora da UNICAMP.

_____, S. (1992) Um cérebro para a linguagem. In: *Boletim da Associação Brasileira de Lingüística-ABRALIN*, n. 13, dezembro, pág. 75-84.

_____, S. (1993) *Discurso, Estilo e Subjetividade*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

PY, M.O. (2002). Doenças vasculares. In: FREITAS, E.V. [et al]. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pág. 176-188.

SACKS, O. (1997) *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das Letras.

SARAMAGO, J. (2000) *A Caverna*. São Paulo: Companhia das Letras.

SEVERINO, A.J. (1996) A Fonoaudiologia como ciência: perspectivas epistemológicas. PASSOS, M.C. (org) In: *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos*. Editora Plexus: São Paulo. Cap.1, pág. 13-27.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (2001). *Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral*. São Paulo, setembro.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (2002). *Primeiro consenso brasileiro para trombose no acidente vascular cerebral isquêmico agudo*. São Paulo, maio.

SOUZA SERRA, M.A. (2007) *Economia Política da Pena*. Curitiba: Universidade Estadual do Paraná (Dissertação).

VYGOTSKY, L. S. (1989) Fundamentos de Defectologia. In: *Obras Completas*. Habana, Editorial Pueblo e Educacion.

_____, L. S. (1993) *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

ZANIBONI, L.F. (2007) *A contribuição da neurolinguística para a fonoaudiologia na construção de um novo olhar sobre a linguagem de sujeitos cérebro-lesados*. Campinas-SP: Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp (Tese).

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, outubro/novembro/dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>> Acesso em 09 de março de 2008.

ANA CAROLINA. *AVC-Saiba como prevenir a recorrência do derrame cerebral que pode levar à morte ou trazer graves repercussões à vida dos pacientes*. Revista Sentidos, agosto de 2006. Disponível em: <<http://www.sentidos.uol.com.br>> Acesso em 02 de novembro de 2008.

QUEIRÓS, M. *Socorro, é um Derrame*. Revista Encontro, maio de 2007. Disponível em: <<http://www.revistaencontro.com.br>> Acesso em 02 de novembro de 2008.

VINHAL, M. *AVC é a principal causa de morte em mulheres*. Revista Vigor, março de 2008. Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br>> Acesso em 02 de novembro de 2008.

VINHAL, M. *Dia Internacional de Combate ao AVC*. Revista Vigor, junho de 2007. Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br>> Acesso em 02 de novembro de 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR.
RESOLUÇÃO CNE/CES 5. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>> Acesso em 24 de agosto de 2008.