UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

O DISCURSO ORAL DE UM JOVEM AFÁSICO SOBRE SUA INCLUSÃO SOCIAL

GISELE CASSANO FERREIRA

Piracicaba, SP
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

O DISCURSO ORAL DE UM JOVEM AFÁSICO SOBRE SUA INCLUSÃO SOCIAL

GISELE CASSANO FERREIRA
Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Piracicaba, SP
2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.Maria Inês Bacellar Monteiro
Orientadora

Profa. Dra. Evani Amaral Andreata Camargo
UNIMEP

Profa. Dra. Rosana Novaes Pinto
UNICAMP

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro, pela orientação precisa. Sua seriedade, e reflexão, seu entusiasmo e seriedade, marcaram a orientação deste trabalho.

À Profa. Dra. Evani Amaral Andreata Camargo, pela colaboração efetiva e por sua disponibilidade no acompanhamento deste trabalho.

À Profa. Dra. Rosana Novaes Pinto, pelas questões e sugestões valiosas que fez no exame de qualificação.

Aos meus pais que acompanharam de perto meus altos e baixos.

RESUMO

Este trabalho se propõe a analisar o discurso oral sobre a inclusão social de Leo[1] um sujeito afásico adulto jovem, de 20 anos, que após dois acidentes vasculares cerebrais, cuja etiologia provavelmente tenha sido a dependência química, apresenta uma afasia motora eferente (LURIA, 1980, apud KAGAN & SALING, 1997) e hemiplegia à direita. Os dados foram construídos a partir das gravações e posterior transcrição das interlocuções de Leo com sua fonoaudióloga durante 1 ano. A metodologia utilizada baseou-se em diretrizes da abordagem qualitativa e da análise microgenética que possibilitam a observação de minúcias do processo interativo-discursivo e suas relações com condições sociais maiores. Com base nos dados analisados, observou-se que Leo utiliza adequadamente recursos discursivos, fazendo-se entender por seu interlocutor. Verificamos assim que a linguagem mostrou-se fundamental para a inclusão e constituição do sujeito e que a terapia fonoaudiológica representou um espaço dialógico importante para o processo de inclusão social de Leo. Observamos também que Leo demonstra estar parcialmente inserido no grupo social, principalmente nas atividades de lazer. Isto já não ocorre com relação ao trabalho, uma vez que Leo não conseguiu ainda um retorno ao mercado.

[1] Nome fictício utilizado com o objetivo de preservar a identidade do sujeito da pesquisa.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO 01

CAPÍTULO 1: Inclusão social e Qualidade de vida 04

CAPÍTULO 2: Linguagem e Afasia.....10

Sobre Linguagem

Sobre Afasia de Broca ou Motor

Sobre a Linguagem nas Afasias

CAPÍTULO 3: Abordagem do Corpus 18

CAPÍTULO 4: Análise discursiva do Corpus e inclusão social 22

CONCLUSÃO 38

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40

INTRODUÇÃO

Desde o momento inicial nos estágios de graduação em fonoaudiologia, fiquei envolvida com a questão da afasia.

Na prática clínica, meu primeiro paciente foi Leo, afásico adulto jovem de 20 anos, que acabara de ser acometido por dois Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) isquêmicos, provavelmente por dependência química, cuja seqüela foi uma afasia motora e uma hemiplegia à direita.

Como conseqüência destas experiências, surgiu o interesse por este estudo que tem como objetivo analisar o discurso oral de Leo e a relação deste com sua inclusão social a partir do que podem ser extraídos caminhos para a compreensão do processo de interlocução em intervenções terapêuticas fonoaudiológicas.

Optei, no processo terapêutico, pela perspectiva enunciativa-discursiva, voltando o olhar para o sujeito e não para sua afasia, uma vez que esta perspectiva dá oportunidade para o sujeito falar o que sente e discutir sobre seus interesses e preocupações, tais como: trabalho, vida cotidiana etc., quebrando a assimetria presente na grande maioria das interações entre sujeito e terapeuta.

Neste sentido, apresento, neste estudo, o discurso do sujeito sobre sua inclusão após AVCs, sem enfatizar a lesão, deslocando o foco das dificuldades lingüísticas, intelectivas, para a avaliação que o sujeito faz de suas dificuldades no contexto da inclusão social. O interesse pela compreensão de como o sujeito afásico avalia suas características de linguagem para o processo de inclusão se justifica, uma vez que é por meio da linguagem que os sujeitos interagem com seu grupo e é nesta interação que ele se insere no meio social.

No espaço da terapia fonoaudiológica, o terapeuta tem o papel de interlocutor que cria caminhos alternativos no espaço dialógico, dando condições para que aquilo que o sujeito afásico diz seja significado. O trabalho do fonoaudiólogo leva o sujeito a uma imersão nas práticas significativas com a linguagem.

Nesta forma de fazer terapêutico, Fedosse (2000, p.140) ressalta que "*Assumir a linguagem como atividade significativa implica considerar que há linguagem onde há sujeito e vice-versa".*

Esta maneira de proceder amplia a visão terapêutica abrindo espaço para aquilo que não está alterado, ou seja, não só a linguagem oral, mas também a

linguagem gestual, corporal, ou qualquer outra forma de expressão que possa ganhar significação por meio do outro.

Baseada em tais considerações, procurei analisar o discurso do sujeito afásico no espaço dialógico, proporcionado pela situação da clínica fonoaudiológica. Isto significou um olhar voltado para o processo dialógico e, portanto, para uma metodologia clínica específica. Segui as diretrizes propostas por Coudry (1988), que relata:

> O processo dialógico caracteriza a linguagem e é o lugar de constituição para outros modos de ação verbal. No procedimento metodológico, portanto, evitaram-se os procedimentos clássicos de obtenção de "expressões lingüísticas" em situações controladas (formulários, testes, etc): cabendo ao pesquisador encontrar os métodos de análise e sistematização dos dados variados que nascem de discurso produzidos em contexto reais ...
> Utilizo certos contextos relativamente artificiais, como: exame de quadros com cenas diversas, fotos de situações, pessoas, objetos e eventos, dos quais extraio os temas para as primeiras conversas. Mesmo nessas situações, procuro explorar todo acontecimento eventual para "naturalizar" a situação (COUDRY, 1988, p.12 e13).

A partir do referencial teórico instaurado pela análise do discurso, pela abordagem enunciativo-discursiva e pela aquisição da linguagem, na perspectiva interacionista, utilizados por Coudry no acompanhamento terapêutico de seus sujeitos cérebro-lesados, procurei elaborar os princípios de atuação fonoaudiológica com o meu sujeito. Utilizei jogos de computador (por exemplo, o Show do Milhão), revistas e jornais, para que Leo procurasse reportagens de seu interesse e de interesse mútuo, os quais acabavam embasando diálogos sobre o seu dia-a-dia e as reflexões sobre os fatos ocorridos. Tais atividades proporcionaram oportunidades para que Leo contasse sobre sua família, passeios, finais de semana e para que refletisse sobre os acontecimentos.

Os diálogos travados entre nós permitiram a reflexão sobre a imagem de bom falante que Leo buscava, apontando para outras possibilidades. Além disso, as terapias indicavam maneiras diversas de como ele poderia produzir com mais precisão os fonemas da língua com os quais apresentava maior dificuldade, tornando a sua fala mais inteligível. Na realidade, era um movimento de ir e vir com relação à produção articulatória ideal e a tematização sobre outras possibilidades que ele tem como sujeito, isto é, a percepção de que ele não é só afásico.

No capítulo 1, apresentarei alguns autores que tratam dos temas **inclusão social e qualidade de vida** uma vez que este estudo se propõe a refletir sobre o discurso oral de Leo, a respeito de sua inclusão social, o que conseqüentemente nos leva a avaliar a sua qualidade de vida.

No capítulo 2, abordarei aspectos relacionados à **linguagem e à afasia**, discorrendo sobre as fundamentações teóricas e fazendo uma discussão conceitual sobre este tema, em que serão retomados estudos de alguns autores e seus pressupostos teóricos, destacando Vygotsky e a abordagem histórico cultural, em que a linguagem é vista como característica humana e é constituída na interação social, cultural e histórica, e Bakhtin, na perspectiva enunciativo-discursiva. Ainda neste capítulo, apresentarei questões sobre a **afasia de Broca ou Motora**, destacando os pressupostos teóricos sobre os diagnósticos das afasias segundo Luria (1980, apud KAGAN & SALING, 1997), a partir da perspectiva de Vygotsky. Finalizando o capítulo, abordarei a **linguagem nas afasias** segundo diferentes autores como: Coudry (1988); Lafornd & Lecours (1995) e Morato (1995 e 2002), que tratam da linguagem oral a partir de situações discursivas, dialógicas.

No capítulo 3, **Abordagem do corpus**, discutirei a metodologia adotada para a construção dos dados e análise desta dissertação de mestrado, seguindo os referenciais teóricos dos autores afinados com a concepção de linguagem aqui adotada.

O último capítulo, **Análise Discursiva do corpus e Inclusão social**, discute os dados do sujeito em estudo, com o objetivo de demonstrar o que foi verificado ao longo do texto. Analisa, ainda, o discurso oral sobre a inclusão social deste sujeito afásico adulto jovem, apresentando as considerações mais relevantes e apontando para outras questões que podem futuramente ser mais bem desenvolvidas.

CAPÍTULO 1 – Inclusão Social e qualidade de vida

A inclusão social pode ser definida como a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano como um todo (CORRER, 2003).

Observa-se que algumas definições iniciais a este respeito enfatizavam apenas aspectos materiais e bens adquiridos. Porém, este conceito foi evoluindo e passou a englobar fatores como satisfação, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, opções de lazer, acesso a eventos culturais, percepção de bem-estar geral (id. ibid.).

Neste estudo, consideramos a inclusão social como a garantia social de acesso aos bens culturais e materiais, bem-estar, felicidade, dignidade e cidadania.

Constata-se que pessoas incluídas socialmente tendem a ter uma auto-estima e um bem-estar psicológico mais positivo. Nota-se que o tema inclusão está presente como destaque nos estudos relacionados à saúde e nos estudos ligados às condições de trabalho, mas ainda existe uma dificuldade grande de colocá-lo em prática, tanto quando a inclusão se refere à realidade social e familiar como quando diz respeito à realidade de trabalho.

Entendemos que inclusão social é condição humana de viver em sociedade, no âmbito social, de trabalho e lazer sem discriminação, independente das condições físicas, mentais, de cor, raça, sexo e religião. Nesta direção, acreditamos que todos têm direitos iguais, como diz a constituição brasileira.

O conceito de deficiência sofreu transformações ao longo da história, influenciado pelos valores e experiências vividas em cada época. Na história da Antiguidade, a deficiência era tratada como sendo uma força sobrenatural. Na Idade Média, o deficiente era visto pela sociedade com piedade, curiosidade, o que gerava atitudes como exclusão física e social (CORRER, 2003). Mesmo nos dias de hoje, o deficiente é visto como portador de limitações físicas e mentais, o que impossibilita sua participação ativa na sociedade.

Embora a sociedade tenha sofrido mudanças que apontavam para a necessidade de inclusão, o que vimos foi uma inclusão com práticas de normalização, ou seja, para o deficiente ser incluído, seja no âmbito social (lazer) ou no trabalho, tem que estar o mais perto possível da “normalidade”. Isto significa dizer

que o deficiente tem que estar adaptado para viver o mais perto possível do “normal”, mascarando assim sua deficiência. Desta maneira, o traço dominante da sociedade continua a ser o traço da normalidade e tudo e todos que desviam deste traço são estigmatizados e excluídos.

Podemos notar a dificuldade de aceitação de pessoas diferentes em nossa sociedade. Basta analisarmos a polêmica em torno da terminologia ideal ao se referir ao deficiente: “portador de deficiência”, “portador de necessidades especiais”, “deficientes” etc. Isso mostra um certo despreparo da sociedade.

Para Marques (1997):

> O caminho para a superação desta questão está na busca e no encontro de um sentido para a existência humana, cujo homem não está determinado pela sua condição física, mental ou sensorial, mas principalmente por seu modo de ser autêntico e único. Superar a visão passiva e negativa da deficiência, e tratar seus portadores como membros ativos da cultura são medidas de garantia para a inclusão (MARQUES, 1997, p.22).

A inclusão social parece ser a grande preocupação do homem moderno, e seu sentido e seu dever estão cada vez mais confusos, pois não é dever somente dos portadores de deficiência e de seus familiares. Incluir significa muito mais do que ter necessidades básicas de sobrevivência, relações harmoniosas e construtivas, educação, lazer etc. Faz parte da inclusão social a existência de um meio ambiente respeitoso e valores sentimentais como o amor, a liberdade, a solidariedade, a realização pessoal e felicidade.

Mas para que isso seja alcançado, deverá haver um trabalho árduo, pois nos dias atuais nos deparamos com desrespeito, falta de educação, falta de humanidade, falta de compaixão e de companheirismo com o próximo.

Encontramos muitos estudos relacionados à inclusão escolar e à inclusão social de sujeitos com déficits[2] inatos, mas é escassa a bibliografia em relação à (re)inserção social de sujeitos com algum déficit adquirido. No presente estudo, vamos nos voltar justamente para a (re)inserção de Leo que revela em seus discursos suas experiências sociais depois da afasia.

[2] “[...] a palavra favorita da neurologia, significando deteriorização ou incapacidade de função neurológica, perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perdas de funções (ou faculdades) especificas.” (SACKS, 1997)

Muitas vezes, os sujeitos tidos como deficientes são estigmatizados e considerados incapazes perante a sociedade; sendo privados de seus direitos e deveres. Por serem, em alguns casos, dependentes dos outros, passam grande parte de suas vidas privados de conquistar sua independência (PORTO & GAIO, 2002).

Para Sassaki (1997), essas pessoas estão sempre em situações de desvantagem no desempenho de papéis sociais, pois a própria sociedade cria problemas para elas, causando situações para que se sintam inferiorizados, uma vez que o padrão de “normalidade” é determinado através de comparações, ou seja, o que a maioria do grupo social consegue realizar sem dificuldades é o que é considerado “normal”, já os indivíduos que apresentam alguma dificuldade são estigmatizados como “deficientes” e considerados incapazes.

Para que ocorram mudanças com relação a estes estigmas, primeiramente é necessário que os próprios sujeitos estigmatizados não fiquem isolados, que mudem sua postura, ou seja, que tentem integrar-se e assim modificar sua qualidade de vida. O conceito de inclusão pode ser relacionado ao conceito de qualidade de vida, pois o indivíduo incluído socialmente sente-se de bem consigo mesmo, com a vida, com os familiares, amigos, mostrando um estado de equilíbrio e controle sobre sua própria vida. Esses sentimentos dizem respeito à qualidade de vida.

Veremos alguns autores discorrendo sobre o tema. Conforme Penteado (2002):

> Para o Ministério da Saúde promoção da saúde implica na construção de um processo de investimentos e ações que fortalece as pessoas e aumenta sua auto-estima, capacitando-as ao controle, ação e transformação dos fatores que afetam sua qualidade de vida. Implica também, em uma mudança na forma de pensar sobre a saúde, que passa a ser compreendida como a capacidade da população em desenvolver potencialidades para realizar aspirações, satisfazer necessidades, responder aos desafios (PENTEADO, 2002, p.62).

Segundo o Grupo Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; qualidade de vida foi definida como

> A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos

> seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK e LOUZADA, p. 179).

Assim, verifica-se que, para o **Ministério da Saúde (apud FLECK e LOUZADA, 2000)**], qualidade de vida implica em populações sem problemas de saúde, e gozando de bens sociais. Já o Grupo Qualidade de Vida **(apud FLECK e LOUZADA, 2000)**], a define como um estado em que os sujeitos se percebem enquanto indivíduos, posicionando-se em seu contexto social cultural para obter os objetivos que lhe são próprios.

Verificamos que ambos os grupos discutem que, para os sujeitos usufruírem de qualidade de vida, é necessário que se apresentem e "lutem" para se posicionar e obter seus objetivos. Podemos inferir que, para que o sujeito tenha tal posicionamento, é necessário se comunicar de alguma forma: gestualmente; pela língua de sinais; linguagem oral alterada etc, mas é imprescindível que ocupe um lugar ativo no grupo e na interação com o mundo social.

Friedman (2003) destaca que:

> Tudo isso tem a ver com a proposta de relacionar fonoaudiologia e Qualidade de Vida, onde a fonoaudiologia possibilita acolher e tratar do sofrimento de modo a melhorar a qualidade de vida de uma pessoa (FRIEDMAN, 2003, p. 8).

Intuitivamente é fácil entender esse conceito, mas é difícil defini-lo de forma objetiva. Numa visão holística, considera-se qualidade de vida como sendo a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Segundo Blackbur (1997), a qualidade de vida está totalmente relacionada a "felicidade". Este sentimento deve estar presente em todas as situações, podendo ser individuais ou coletivas. Mas pensar sobre felicidade nos remete a uma grande diversidade de fatores ligados ao modo de viver e pensar de cada ser humano; sendo assim, somente cada indivíduo poderá dizer se esta está presente ou não em suas próprias vidas.

Observa-se que, inicialmente, os conceitos a respeito da qualidade de vida enfatizavam aspectos materiais e bens adquiridos. Porém, foram evoluindo para abranger aspectos como satisfação, realização pessoal, qualidade dos

relacionamentos, opções de lazer, acesso a eventos culturais, percepção de bem-estar geral, considerando assim tais fatores como construtores da qualidade de vida. Desta forma, atualmente, qualidade de vida é algo que envolve bem-estar, felicidade, dignidade e cidadania (NAHAS, 2001).

Gill e Feinstein (1994) definem qualidade de vida como uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal. A satisfação com a vida pode ser percebida na auto-estima dos indivíduos, de modo geral. Observam-se evidências de que pessoas que possuem estilo de vida mais ativo tendem a ter uma auto-estima e um bem-estar psicológico mais positivo. O tema está presente como destaque nos estudos relacionados à saúde e nos estudos ligados às condições de trabalho, e na perspectiva holística da vida humana. Pelo menos duas realidades se interpõem em nosso dia-a-dia e podem ser consideradas no estudo da Qualidade de Vida: a realidade social e familiar e a realidade de trabalho.

Para Nahas (2001, p. 228). *"*Qualidade de vida é condição humana que reflete um conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano*".*

Assim, o conceito não é mais visto como um limitador do desenvolvimento econômico ou como objeto secundário. É preciso considerá-lo como conservação das relações sociais e promover prioridades do meio social (NAHAS, 2001).

Qualidade de Vida é difícil de ser definida como valor, porque nestes conceitos estão presentes fatores biopsíquicos, históricos e culturais e, muitas vezes, os significados culturais são diferentes de um grupo para outro (id. ibid.).

Podemos afirmar que o tema aqui discutido tem uma concepção multifatorial, que constitui o preenchimento ou a realização de vários aspectos, importantes para nossas vidas. Significa muito mais do que ter as necessidades básicas de sobrevivência, pois implica em ter saúde física e mental, relações harmoniosas e construtivas, educação, relacionamentos respeitosos e amigáveis, tempo livre para lazer etc. Os estudos ainda não conseguem esclarecer com certeza a contribuição de cada um desses fatores como constituintes da Qualidade de Vida (TANI, 2002).

Tal tema parece ser a grande preocupação do homem moderno, e seu sentido está cada vez mais confuso, pois está relacionado a toda forma de vida, não apenas a vida dos seres humanos. Só é possível falar em qualidade de vida com um meio ambiente saudável. Quando tratando-se de vida humana, cabe lembrar que ela

acontece no espaço e no tempo físico e cultural, de cada época e região, o que faz com que o padrão seja diferenciado. Mesmo com diferentes pontos de vista, os referenciais teóricos aqui apresentados sobre qualidade de vida apontam valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade (MINAYO et al, 2000).

Observa-se, com relação aos referenciais teóricos, que a qualidade de vida está aliada à saúde, melhores condições de trabalho, moradia, boa alimentação, boa educação, liberdade política, proteção com relação à violência, lazer, prática de esportes (Atividade Física), convivência com outros seres humanos, vida longa – saudável e satisfatória.

Podemos afirmar que alcançar uma boa qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois nos dias atuais, além dos fatores individuais, nos deparamos com poluição, ruídos, trânsito congestionado e muitas outras formas de desencadear o estresse físico e psíquico.

CAPÍTULO 2 – Linguagem e Afasia

Sobre a Linguagem ...

Este estudo considera a linguagem uma característica humana que é constituída nas interações sociais.

Tal consideração fundamenta-se nas afirmações de Vigotski (1997; 1998; 2000) e Bakhtin (1992; 2003) que consideram a linguagem um processo dinâmico e inacabado, construído nas relações dialógicas e, portanto, sociais. Entendemos a linguagem como atividade constitutiva do sujeito através da qual o homem é capaz de significar o mundo e a si mesmo.

Vygotsky (1984) afirma que a linguagem é característica humana e é constituída na interação social, cultural e histórica. Esta característica humana não está presente a partir do nascimento, mas resulta da interação dialética entre o homem e o meio sócio-cultural. O homem transforma o meio para satisfazer-se e transformar-se; sendo assim, o ser humano é membro de uma espécie biológica que só se desenvolve no interior de um grupo social. A partir desta afirmação, podemos entender a natureza cultural das funções psicológicas superiores, especificamente humanas, que se originam nas relações entre indivíduos, contexto cultural e social, e que são internalizadas pelo sujeito (REGO,1995).

O desenvolvimento mental humano, segundo tal autor é mutável, não é passivo, nem independente do desenvolvimento histórico e social da vida humana. Ao discutir o funcionamento do cérebro humano, afirma que este é o órgão da base biológica principal da atividade mental, que cada espécie traz consigo ao nascer. Ele rejeitou, entretanto, a idéia de que as funções mentais são fixas, imutáveis, trabalhando com a noção de cérebro como um sistema aberto, de grande plasticidade, e concluindo que o seu modo de funcionamento é moldado ao longo da história (REGO, 1995).

Segundo o mesmo autor, a linguagem humana é um sistema simbólico fundamental na mediação entre seres humanos e deles com o mundo. Estando presente em todas as atividades humanas, é instrumento técnico e de signo, que carrega em si conceito elaborado pela cultura. Esta capacidade é exclusiva dos

seres humanos e é através desta que os processos psicológicos são transmitidos pela cultura.

Para Vygotsky (1984), a linguagem é papel de destaque no processo do pensamento, é a permuta entre o grupo social e o pensamento generalizante. A consciência humana é produzida a partir da história social e suas mudanças ocorrem através do contexto social. Sendo assim, a linguagem não é apenas uma estrutura, um produto motor da emissão articulada de sons, e sim mediação fundamental da dialética.

Assim, o ambiente social é fundamental na constituição da linguagem e é o que promove constante organização do uso dos signos. Para Vygotsky, signo significa o que traz a lembrança, representando ou substituindo o isolado ou o ausente (REGO, 1995).

Para Bakhtin (1981), a interação é o meio em que se dá a linguagem. Não há linguagem fora da interação verbal. O diálogo é a forma mais representativa de interação e todo enunciado é dialógico, ou seja, quando um enunciado é proferido este, sempre é dirigido ao outro. Mesmo quando um sujeito fala sozinho, Bakthin afirma que ele sempre está se dirigindo a alguém e isso caracteriza um processo dialógico. O autor afirma que é no diálogo que a alternância dos sujeitos falantes é observada de modo mais direto e evidente. O diálogo, por sua clareza e simplicidade, é a forma clássica da comunicação verbal (ibid:294). Como veremos ao longo deste trabalho, os dados apresentados e analisados terão a forma de diálogo.

Assim, vemos em Bakhtin e Vygotsky o desenvolvimento de semelhantes concepções de linguagem, que consideram a natureza social e dialética da mesma.

Observamos que, tanto para Bakhtin quanto para Vygotsky, sem interlocução a linguagem não acontece. É na interação dialógica que ela se torna possível e é por meio dela que as funções psíquicas superiores também são desenvolvidas.

Apesar das semelhanças teóricas, os autores se diferenciam com relação ao tratamento de algumas questões. Bakhtin preocupou-se mais com as questões relativas à ideologia e às classes sociais (FREITAS, 19997).

Sobre a Afasia de Broca ou Motora ...

O estudo da perda da fala decorrente de uma lesão cerebral é muito antigo e os sintomas da afasia foram descritos, muitos anos antes do século XIX, em trabalhos oriundos da medicina. O cérebro era um mistério e os anatomistas e fisiologistas empenharam-se em decifrar suas funções. Segundo Foucault (1998), entre os séculos XVII e XIX observou-se uma grande mudança no saber médico, caracterizada pela passagem entre o “adivinhar o interior unicamente pelas noções externas” e o “descobrir a doença na profundidade secreta do corpo” (op. cit., p. 156). Isso só se tornou possível às custas do enfrentamento de obstáculos que opunham resistência à abertura de cadáveres.

As primeiras investigações sobre a afasia ocorreram quando Broca, em 1861, fez a autópsia de um paciente, pretendendo atribuir às alterações encontradas no cérebro a causa da sintomatologia apresentada pelo paciente. Como o paciente de Broca tinha dificuldade na linguagem articulada, e expressava-se por meio de estereotipia “Tan tan”, este investigador concluiu que aquela área seria a sede da faculdade da linguagem articulada, a “Área de Broca” (parte inferior da terceira circunvolução frontal esquerda). Ainda hoje se aceita que, havendo uma lesão nesta área ou próximo a ela, se instalará uma afasia de Broca. Esse quadro caracteriza-se por uma redução de vocabulário, às vezes com uma única palavra, linguagem escrita alterada, ausência de paralisia dos órgãos fono-articulatórios (OFA) e compreensão relativamente intacta.

Quanto às causas da afasia, sabe-se que esta é conseqüência de seqüela de uma lesão cerebral focal causada por acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, processo expansivo intracraniano e infecções do SNC (sistema nervoso central). A afasia pode estar acompanhada de alterações motoras, visuais e de outras funções mentais superiores.

São várias as definições para as afasias, sendo que os pontos em comum fazem referência a esta patologia como um distúrbio da linguagem, uma alteração lingüístico-simbólica ocorrida após a sua aquisição e causada por uma lesão cerebral (ORTIZ, 1997).

Desde o início dos estudos dos distúrbios de linguagem decorrentes de lesões cerebrais, impôs-se a necessidade de se conhecer as suas manifestações e foi a partir desta premência que surgiu um grande número de classificações dos quadros afásicos.

As descrições das manifestações afásicas encontradas na literatura partem em geral de um modelo teórico de linguagem estruturalista, por isso estão restritas ao que o sujeito apresenta em baterias de testes que privilegiam a atividade metalingüística, solicitando do sujeito um conhecimento escolar, descontextualizado da sua prática discursiva (COUDRY, 1998).

Alguns sintomas que podem estar presentes nos quadros de afasia são referidos na literatura clássica por: parafasia fonética, desvio fonêmico, estereotipias, agramatismo, redução vocabular, parafasia semântica, neologismo, supressão. (id. ibid.).

> Uma das classificações da afasia mais difundida no séc. XX é a Afasia Motora Eferente, de autoria de Luria. Ela é resultante de uma lesão no terço posterior da porção inferior do lobo frontal no hemisfério esquerdo. O problema principal relaciona-se a movimentos seqüenciais elaborados ou melodias cinéticas. Os indivíduos podem posicionar seus articuladores corretamente, mas não são capazes de passar suavemente de uma posição articulatória para a seguinte. Em casos mais severos de afasia motora eferente o paciente é incapaz de trocar até mesmo um som por outro. Esta é a afasia apresentada por Leo.
>
> A afasia pode causar também alterações na fala como o agramatismo que, segundo Novaes-Pinto (1999), é visto como sinônimo da afasia motora eferente. O agramatismo é uma característica típica desta afasia, que acarreta no sujeito uma fala com perda da sintaxe, dificuldade em entender preposições, o que leva a muita dificuldade com a gramática da língua. A fala telegráfica, que pode ser uma característica de vários tipos de afasia, segundo a mesma autora, é uma forma de adaptação do sujeito às suas dificuldades de produção verbal. O sujeito opta muitas vezes por falar telegraficamente para resolver problemas discursivos. A fala telegráfica é marcada por predominância do uso de substantivos, em detrimento de verbo, e quando o verbo aparece, ele não é flexionado, há também uma ausência do uso de preposições e das palavras funcionais.

Luria (1980 apud KAGAN & SALING, 1997) enfatiza que localizar a lesão que desestrutura a fala e localizar a fala são duas coisas diferentes. Fica evidente que o autor faz uma crítica para a abordagem mecanicista por meio da qual se supõe que há uma ligação direta entre um conjunto de sintomas e locais ou centros específicos. O trabalho de Luria, sobre organização cerebral das funções mentais superiores, focaliza-se quase exclusivamente no hemisfério esquerdo. Ele vê o hemisfério direito cooperando com o hemisfério esquerdo em um sistema funcional. Cada hemisfério dá sua própria contribuição; o dano afeta de modos específicos sistemas funcionais como a linguagem. Assim, embora não negando que a aquisição e o uso da linguagem são, em grande parte, uma função do hemisfério dominante, ao hemisfério direito também é atribuído um papel. Luria (1980 apud KAGAN & SALING, 1997) lista defeitos de percepção de estados patológicos, resultantes de

lesão no hemisfério direito, como por exemplo, anosognosia[3], problemas de orientação do corpo e dificuldades de reconhecimento, tais como prosopagnosia[4] e prejuízo da audição musical.

[3] Desconhecimento, por parte do paciente, de sua própria hemiplegia (paralisação de um dos lados do corpo). (LEBRUM, 1983).
[4] Também conhecido como cegueira para feições, ou seja, dificuldade em reconhecer os rostos. (SACKS, 1997).

Sobre a Linguagem nas Afasias ...

Para discutirmos a linguagem nas afasias, destacaremos o estudo de Coudry (1988), já que tal autora vê a linguagem como um processo vivo, que se constrói e só ocorre na e pela interação, através do diálogo e no processo discursivo.

Segundo a autora, a avaliação e o acompanhamento da linguagem dos sujeitos afásicos nessa perspectiva devem ocorrer por meio de situações discursivas, dialógicas, sendo estas as atividades em que se exercita a linguagem oral. Assim, no procedimento metodológico, evitam-se os processos clássicos para obtenção de “expressões lingüísticas” em situações controladas; pois nesta perspectiva cabe ao pesquisador encontrar os métodos de análise e sistematização dos dados variados que nascem de discursos produzidos em contextos reais.

Para Coudry (1988), esses contextos reais, de certo modo “provocados”, podem anteceder e desencadear produções espontâneas. Esse movimento de vai-e-vem construtivo de nossa prática com a linguagem tem o objetivo de chegar justamente ao desempenho espontâneo, desligando-se de processos clínicos clássicos, aproximando-se, ao contrário, daqueles esperados nas situações sociais em que o sujeito afásico vai agir e interagir.

Ainda seguindo o pensamento de Coudry (1988), nesse processo, a ação do investigador não se limita a trabalhar as condições de produção, mas também, refletir sobre a produção lingüística problemática de cada sujeito e sobre os vários aspectos da linguagem que apresentam alterações, relativamente aos modos de estruturação das expressões e suas regras de uso. Segundo a autora, a linguagem nas afasias se caracteriza por alterações nos processos lingüísticos de significação de origem articulatória e discursiva (incluídos aspectos gramaticais), podendo-se ou não se associar a alterações de outros processos cognitivos. Não se trata somente de relacionar os desvios da linguagem do afásico em relação ao sistema lingüístico utilizado pelos sujeitos não afásicos. Nem somente um viés de lingüística para o qual a linguagem é certamente, além de uma prática, um objeto de conhecimento. Trata-se de apreender, na linguagem dos afásicos, os modos como eles organizam e estruturam os recursos expressivos de que dispõm ou mecanismos alternativos, com os quais eles suprem suas próprias dificuldades; descobrindo pelos indícios de sua fala e pelas suas manifestações explícitas, hipóteses que eles mesmos fazem a

respeito dessa estruturação e dos mecanismos que põem em jogo para produzir significações.

Para Joanette, Lafond e Lecours (1995), a afasia altera a linguagem expressiva. Embora uma das características mais freqüentes da afasia de Broca seja a dificuldade para encontrar as palavras, outras características são mais especificamente ligadas a um tipo particular: dificuldade no nível de combinação dos movimentos articulatórios para produzir os sons da língua; dificuldade no nível de combinação em palavras, da palavra em frases. Apesar disso, alguns afásicos, principalmente nos primeiros dias de acometimento, não têm plena consciência do que está acontecendo. Em alguns casos, os problemas de expressão lingüística são tão grandes que sua fala parece apenas um jargão incompreensível.

Segundos os autores acima, as palavras encontram-se lá dentro (na cabeça), elas somente não têm mais a facilidade anterior para se manifestarem e se projetarem, a afasia não parece afetar o indivíduo no nível do pensamento, mas principalmente na linguagem. Apesar de uma grande perturbação neste campo, o afásico de Broca pode apresentar “automatismos da linguagem”, como por exemplo: recitação dos dias da semana, dos meses do ano. Espontaneamente, o afásico pode recorrer a certas estratégias para ajudá-lo a superar seus problemas.

Segundo Morato (2002),

> as pessoas afásicas apresentam, em graus variados de severidade, uma linguagem com muitas hesitações, assim perdendo o “fio da meada”; apresentam grande instabilidade no uso das palavras, trocando-as de forma inesperada e incompreensivelmente umas pelas outras; dificuldades de encontrar palavras que gostariam de enunciar, mas não são amnésicas; tais sujeitos pronunciam de forma difícil os sons da fala; repetem partes da palavra ou as distorcem, mas não são gagas ou possuem deficiências físicas que as impossibilitam de articular; fala telegráfica; seus enunciados muitas vezes parecem desconexos, não conseguindo estabelecer relações de sentidos entre as palavras e as coisas a que se referem, dificultando os processos expressivos da linguagem, e os interpretativos, mas não apresentam deficiência mental (MORATO, 2002, p. 66).

Com relação à linguagem do Leo, na maioria das vezes observamos palavras, não isoladas, relacionadas ao enunciado do outro. Faz uso muitas vezes de substantivos e às vezes verbos. Leo seleciona e usa adequadamente os recursos da língua, superando assim suas dificuldades, que também são gramaticais. Em sua

fala não observamos muitas trocas e omissões de fonemas. Leo inicia o discurso e se faz entender, não se observa déficit de pensamento, conseguindo compartilhar idéias e sentimentos. Também não apresenta dificuldade em mudar de turno e ou mesmo terminar um assunto e iniciar outro, não se perde enquanto locutor. Verifica-se que a afasia é caracterizada por déficit de linguagem, e na sociedade em que vivemos, encontramos muitos tipos de preconceitos com respeito a todos os tipos de déficits, principalmente os relacionados à linguagem. Uma linguagem que foge do "padrão tido como normal", imposto pela sociedade que se julga "normal" e que valoriza "sujeitos ideais", é sempre desvalorizada. Segundo a sociedade, "bem falar" é "bem pensar" e, sendo assim, imaginemos o que ocorre com os sujeitos afásicos.

Conforme apontado por Goffman (1998) a identidade pessoal e social é uma função dos interesses e definições que os outros têm em relação ao sujeito. A identidade pessoal é determinada essencialmente pelo papel que ocupamos no mundo e pelo modo como somos percebidos e tratados pelos demais. Podemos entender que a visão de Goffman se enquadra perfeitamente para os sujeitos afásicos, já que tal autor aborda a questão da integração dos sujeitos estigmatizados na sociedade. Assim, em relação aos afásicos, observamos que os mesmos são considerados engajados em uma espécie de negação coletiva de ordem social. Ao tratar esses sujeitos como incapazes de usar as oportunidades disponíveis ao longo do caminho, a sociedade os desrespeita, julgando-os incapazes. As atitudes e pensamentos da sociedade fazem com que os indivíduos afásicos sejam estigmatizados.

CAPÍTULO 3 – Abordagem do corpus

Os dados analisados foram obtidos a partir das sessões fonoaudiológicas do sujeito afásico. Tais sessões foram gravadas, por gravador portátil, marca Panasonic em fitas cassetes de 60 minutos, marca Sony, e transcritas.

Os atendimentos fonoaudiológicos analisados neste trabalho iniciaram três meses após os AVCs (03/2001), em acompanhamento semanal, com duração de 45 minutos. Porém, as gravações tiveram inicio após um ano de terapia, quando foram analisadas 8 dessas sessões, formando um banco de dados de 360 horas. Dessas sessões, foram recortados todos os trechos em que Leo falou sobre sua vida, expectativas, relatos pessoais etc.

No discurso deste jovem observa-se uma fala que é caracterizada por enunciados que apresentam poucos elementos de ligação, ou seja, há alterações nas estruturas gramaticais, ou com uma redução dos segmentos gramaticais, não havendo emprego de artigos, pronomes, preposições.

Porém, essas características lingüísticas não interferem no sentido e significado do discurso de Leo que foi realizando, durante o processo terapêutico, cada vez mais interações relacionadas àquilo que lhe era dito, mostrando interpretar corretamente a fala da terapeuta e se preocupar em se posicionar com relação aos temas, independente do seu desejo inicial de alcançar uma “fala perfeita”.

Em 2000, Leo teve dois acidentes vasculares cerebrais (AVCs), no prazo de quatro dias. O primeiro ocorreu durante uma partida de futebol; o rapaz caiu “desmaiado” e foi levado pelos amigos ao hospital, onde permaneceu internado por três dias. Após isso, teve alta hospitalar, mas no dia seguinte, quando se encontrava em casa, teve outro desmaio e novamente foi hospitalizado, permanecendo internado por um mês aproximadamente. Ficou cinco dias na Unidade de Tratamento Intensivo; durante este período, realizou vários exames, quais sejam: duas ressonâncias magnéticas, uma angioressonância de crânio, uma ultrassonografia das carótidas, e exames de sangue e urina. Estes exames foram realizados no Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba.

Os resultados foram: a primeira ressonância magnética demonstrou infarto recente no lobo frontal e temporal bem como região dos núcleos basais à esquerda. Na segunda ressonância magnética: lesão isquêmica/infarto: controle evolutivo de encefalopatias isquêmicas comprometendo a substância cinzenta do lobo frontal,

lobo temporal e núcleos da base à esquerda, tendo apresentado no exame comparativo discreta redução dos parâmetros de sinal magnético identificado no exame anterior. Não havia sinais evidentes de efeito de massa sobre as estruturas anatômicas adjacentes. Angioressonância magnética: Ausência de sinal em artéria carótida interna esquerda, em segmento intracavernoso e nas artérias cerebrais anteriores, segmento individual e cerebral médio compatível com oclusão em segmento cavernoso da artéria carótida esquerda. Ultrassonografia de carótidas: carótidas dentro do padrão de normalidade.

Antes dos AVCs, Leo era dependente químico (cocaína, bebida alcoólica, cigarro). Dois anos antes de o jovem ter os AVCs, sua mãe faleceu de câncer na cabeça (SIC) e, passados seis meses, seu pai morreu em decorrência de crises depressivas ocasionadas pela perda da esposa. Na época desta pesquisa, Leo morava com seu único irmão (mais velho) e a cunhada. Ele namorava uma moça havia três anos mas, após a afasia, ela o deixou. Leo iniciou as terapias fonoaudiológicas e fisioterápicas alguns dias após a alta hospitalar.

Segundo relato posterior de familiares de Leo, este, antes dos AVCs, era uma pessoa “independente”, pois trabalhava e tinha seu salário para suas despesas básicas. Possuía uma caminhonete e saía muito com os amigos. Era também independente em suas opiniões e não acatava conselhos de familiares ou amigos.

Para realizarmos este trabalho, a metodologia adotada está baseada na abordagem qualitativa e nos pressupostos da análise microgenética:

> As análises qualitativas podem revelar aspectos dos processos lingüístico-cognitivos envolvidos na significação, ao contrário do que se encontra em análises centradas em estudos estatísticos dos fenômenos lingüísticos, cujos parâmetros só podem ser tomados para a avaliação de parte do sistema lingüístico, e não da linguagem em funcionamento. A Análise Microgenética é uma forma de construção de dados que requer a atenção a detalhes e o recorte de episódios interativos, sendo o exame orientado para o funcionamento dos sujeitos focais, as relações intersubjetivas e as condições sociais da situação, resultando num relato minucioso dos acontecimentos. A análise microgenética pode ser o caminho exclusivo de uma investigação ou articular-se a outros procedimentos, para compor, por exemplo, um estudo de caso ou uma pesquisa participante. Tal análise também é orientada para os detalhes das ações; para as interações e cenários socioculturais; para o estabelecimento de relações entre microeventos e condições macrossociais (GOÉS, 2000, p.11).

Segundo Abaurre (1996), a análise qualitativa é realizada através de dados relevantes de situações dialógicas, entre sujeitos:

> Como lingüista, interessa-me compreender a relação sujeito/linguagem, já que me parece parcial, reducionista e inadequada qualquer teoria da linguagem que toma como objeto pronto acabado, fora dos sujeitos (ABAURRE, 1996, p.123).

Completando tal argumentação, utilizaremos a proposta de Lüdke & André (1986):

> A análise qualitativa é realizada em ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. É o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador (LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 11).

Segundo os autores citados acima, o pesquisador tem relação direta com o contexto da pesquisa, que é abundante em descrição pessoal, situações, acontecimentos, transcrições, ou seja, vários tipos de documentos. Há um determinado interesse em estudar um problema, em verificá-lo nas atividades. A pesquisa qualitativa pode ser, entre outras, etnográfica ou estudo de caso.

Este trabalho configura-se como um estudo de caso. O pesquisador procurará manter-se constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. Leva-se em conta o contexto em que se situa para uma compreensão mais completa e geral do problema. Busca-se relatar a realidade de forma completa e profunda, enfatizando a complexidade natural das situações. A análise qualitativa procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa visão social, fazendo uso de uma linguagem e uma forma mais acessível do que outras (LÜDKE & ANDRÉ,1986).

Segundo Bogdan & Biklen (1994 *apud* CAMARGO, 2000):

> A abordagem qualitativa possui as seguintes caracteristicas: ser descritiva, ter como fonte de dados o ambiente natural e atribuir uma importância central ao significado. Nesta abordagem, para apreendermos o significado de um acontecimento, um conceito ou um discurso é necessário haver uma decomposição dos mesmos, em seguida, sua reconstrução. Assim, o produto final é determinado pelo processo de investigação e a análise dos dados é feita de forma indutiva, isto é, as hipóteses vão sendo reformuladas durante tal processo. (ibid., p.36).

Os episódios selecionados para compor o corpus constituem-se dos momentos, em terapia, em que Leo falava sobre sua vida cotidiana, o trabalho e sua afasia, buscando os elementos necessários para a análise de como ele se insere na sociedade. Inferimos que a inclusão social leva à qualidade de vida e vice-versa, pois, com vimos, a qualidade de vida é possível quando, além de o sujeito ter saúde mental e física, se sente bem consigo mesmo, com a vida o que depende, em grande parte, da inclusão da pessoa na sociedade. Sendo assim, apresentaremos a seguir uma proposta de análise sobre o que grupos que estudam tal tema discutem sobre esta temática.

Desta forma, nos baseamos nas temáticas discutidas no questionário WHOQOL-100 sobre qualidade de vida (FLECK, LOUZADA & XAVIER, 2000) e, a partir daí, formulamos nossas próprias unidades temáticas, que refletiam os discursos de Leo durante o processo terapêutico. Observamos que nos baseamos nas temáticas relacionadas à inclusão social encontradas no discurso deste jovem, mas não utilizamos o questionário, mantendo às posições teóricas adotadas neste trabalho. Sendo assim, foram transcritos 8 episódios, com 45 minutos de gravação e, das transcrições, foram utilizados os trechos em que o jovem discorria sobre alguns temas relevantes, levantados no instrumento WHOQOL-100 (FLECK, LOUZADA & XAVIER, 2000).

CAPÍTULO 4 – Análise discursiva do Corpus e inclusão social

Com o objetivo de analisar o discurso oral sobre a inclusão social de Leo a partir do que pode ser extraído do processo de interlocução em uma intervenção terapêutica fonoaudiológica, serão apresentados aqui alguns episódios das sessões que ocorreram nos anos de 2002 e 2003.

Estabelecemos algumas unidades temáticas que permitiram comentar e analisar trechos do processo de interlocução que ocorreu no período:

- Sobre o trabalho;
- Sobre a vida cotidiana;
- Sobre a afasia.

Apresento a seguir a análise realizada.

Sobre o Trabalho

Episódio 1 – Data: 13/11/02

No episódio que será analisado abaixo, Leo entra na sala de terapia com algumas revistas que estavam na sala de espera. Durante a sessão, começa a folheá-las, conversar e ler as manchetes que lhe agradavam. Nesta terapia, os assuntos discutidos versavam sobre as manchetes que estavam sendo lidas, cujo tópico discursivo era “trabalho”, ou seja, a possibilidade de voltar a trabalhar.

T 1: Leo: Trabaiá.
T 2: Ter: Trabalhar! No quê?
T 3: Leo: Tietê.
T 4: Ter: Ah, voltar como antes.
T 5: Leo: É.
T 6: Ter: Em outra coisa, você quer?
T 7: Leo: Háaa...
T 8: Ter: Pense em que você poderia trabalhar, outra coisa que você gostaria, para a gente ir atrás.

T 9: Leo: Computador...(aponta para o braço, indicando que usar o computador é difícil).
T 10: Ter: Ah, você mexia aqui, normal, no meu.
T 11: Leo: Háaa...(com entonação que sugere negação)
T 12: Ter: Você consegue sim! Você gostaria de trabalhar com computador? E pense no que mais você gostaria de fazer, do que você gosta, pra gente ir atrás, ver se consegue! É bom trabalhar, não pode ficar parado!

Podemos identificar que Leo inicia o discurso e se faz entender, mesmo sendo um discurso marcado por uma fala telegráfica. Quando o jovem, em seu tópico discursivo, diz "...Trabaiá...." ao invés de "Trabalhar", não podemos dizer que seja uma alteração fonética-fonológica, pois devemos levar em consideração sua variação dialetal, já que ele mora em uma cidade pequena no interior de São Paulo, onde há o uso do fonema /y/ no lugar do /λ/ como forma de variação lingüística.

Leo, ao se referir ao trabalho, demonstra que ele gostaria de voltar a esta atividade, ao seu emprego anterior, no que trabalhava antes dos AVCs. Leo não demonstra muito interesse quando a terapeuta refere à mudança de função, ou mesmo um outro tipo de serviço. Pode-se inferir que essa mudança pode significar para Leo uma frustração, uma derrota. Ele prefere não exercer uma função remunerada se não voltar à função anterior.

Essa é uma situação geralmente vivida por pessoas que se tornaram afásicos e que exerciam uma atividade e tinham um papel na sociedade. A realidade para Leo é angustiante, pois o jovem havia estudado química em um colégio técnico e trabalhou durante anos como técnico em química, em uma fábrica de produtos de limpeza. O trabalho com computador é sugerido pelo próprio Leo, mas logo em seguida à sugestão ele mesmo dá uma desculpa mostrando sua hemiplegia do braço direito, colocando um obstáculo também a essa possibilidade. Para poder voltar a trabalhar, Leo precisa pensar em outras possibilidades e tem que aceitar suas características atuais. Se não fizer isso não vai conseguir conquistar um direito que lhe garante a inclusão no grupo social. Normalmente, a afasia provoca mudanças muito grandes nestes sujeitos, tanto nas atividades do dia-a-dia como em atividades sociais com sua família e com sua comunidade.

Episódio 2 – Data: 27/11/02

Neste dia, Leo chega para a terapia fonoaudiológica e começa a contar sobre seu fim de semana; entre seus relatos fala sobre a tatuagem que tinha feito naqueles dias. A partir deste tema, chegamos ao episódio abaixo:

Pausa

T 1: **Leo:** Tem... Reinaldo... **(aponta para as costas, mostrando sua tatuagem)**

T 2: **Ter:** O Reinaldo fez??!!

T 3: **Leo:** Não!... Bonita... Hum...

T 4: **Ter:** Ah, gostou!

T 5: **Leo:** É... Rê... vê, xinga...

T 6: **Ter:** O Reinaldo xingou?

T 7: **Leo:** Não !... costa...

T 8: **Ter:** Eu não entendi! O Reinaldo?

T 9: **Leo:** É!

T 10: **Ter:** O Reinaldo que joga!

T 11: **Leo:** Patrão... (se referindo ao ex-patrão)

T 12: **Ter**: Aaaah, o Rinaldo!

T 13: **Leo:** É ! Isso...

T 14: **Ter:** Hãaa, ele não gosta!

T 15: **Leo:** Há.

T 16: **Ter:** Ah! Mas nas costas, você não fica sem camisa no serviço, fica?

T 17: **Leo**: Tututut (automatismo de não)... xingá não... não sei...

T 18: **Ter:** E você está indo conversar com o Rinaldo, ainda? Tem ido lá?

T 19: **Leo:** (gesticula com a cabeça que sim)

T 20: **Ter:** Você está fazendo alguma coisa lá ou não, você esta indo lá só conversar?

T 21: **Leo:** Tututu (automatismo de não) ... conversar... legal?

T 22: **Ter:** Legal, o quê?

T 23: **Leo:** A tatuage...

T 24: **Ter:** Legal! Gostei! Nooossa, gostei! Bonita mesmo! E a Cida (tia de Leo)

T 25: **Leo:** Xingou...

T 26: **Ter: (risos)** Verdade?! E o Fabio (irmão de Leo)

T 27: **Leo:** Legal...

T 28: **Ter:** Mais ele não fez!

T 29: **Leo:** Tututu (automatismo de não) ...

Em primeiro lugar, verifica-se que, no episódio, ocorre um mal entendido, pois Leo troca o nome do seu ex-patrão pelo nome de um amigo, provavelmente pela semelhança que há entre os nomes, falando "... Reinaldo..." ao invés de "Rinaldo", e pelo fato de ele não perceber tal troca e continuar contando sobre sua tatuagem, a terapeuta não entende o que ele estava querendo dizer e se equivoca, já que se trata de um amigo em comum (Reinaldo), mas observa-se que Leo se faz entender mesmo com o equívoco, Leo não desiste, usa outra palavra e, neste momento, é bem sucedido nos recursos para determinar o sentido pretendido.

Leo realiza o trabalho de seleção dos recursos da linguagem em conjunto com seu interlocutor; assim, podemos co-relacionar esse processo ao que afirma Bakhtin (1981) "a linguagem não pode ser concebida como um sistema estável, fechado, que a consciência individual já encontra pronto. Os indivíduos operam uma seleção nos recursos da língua – recursos lexicais, fraseológicos e gramaticais".

Observa-se também que Leo possui uma preocupação em relação à opinião do ex-patrão sobre a sua tatuagem, talvez pelo desejo de voltar a sua vida anterior, um resgate da qualidade de vida em relação ao trabalho.

Observa-se também no discurso de Leo que este tem consciência sobre o preconceito com relação à tatuagem, o que permite concluir que tem consciência em relação a preconceitos / limites do grupo social, já que, em muitos locais e para muitas pessoas, tatuagem ainda pode significar marginalidade, e muitas empresas não contratam pessoas tatuadas. Tal fato pode ser uma desculpa para não voltar a trabalhar, além de não ser aceito pela hemiplegia ou mesmo pelas dificuldades lingüísticas decorrentes da afasia.

Podemos observar que Leo é bem contraditório, pois ele demonstra sua vontade em voltar a trabalhar, na mesma empresa exercendo a mesma função que exercia antes dos AVCs, e ele faz uma tatuagem sabendo que o ex-patrão não gosta. Podemos inferir que isso seja característico de jovens.

Episódio 3 – Data: 11/11/03

Leo chega para a terapia e a terapeuta lhe pergunta o que está faltando em sua vida.

T 1: **Ter:** Leo, voltando ao assunto, o que é que está faltando, qual coisa você quer na vida?

T 2: **Leo:** Trabaiá ...

T 3: **Ter:** Trabalhar! É! Só falta trabalhar agora.

T 4: **Leo:** É!

T 5: **Ter:** E no que você gostaria de trabalhar?

T 6: **Leo:** De químico, né!

T 7: **Ter:** De químico mesmo.

Pausa

T 8: **Ter:** É duro, né, porque daí você perde sua aposentadoria, né, Leo?

T 9: **Leo:** Hã!

T 10: **Ter:** Se voltar a trabalhar ...

T 11: **Leo:** Os dois ...

T 12: **Ter:** Mas não fica com os dois.

T 13: **Leo:** Fica ...

T 14: **Ter:** Quem falou?

T 15: **Leo:** Carterinha ... não pode ...

T 16: **Ter:** O quê que não pode?

T 17: **Leo:** Carterinha ...

T 18: **Ter:** A carteirinha de químico?

T 19: **Leo:** Não! Trabalho...

T 20: **Ter:** Ah! Na carteira de trabalho.

T 21: **Leo:** Não pode ...

T 22: **Ter:** Ah, é, tem que trabalhar por debaixo do pano.

T 23: **Leo:** Éééééé...

T 24: **Ter:** Fica com os dois. Só que eu conversei com o Rinaldo **(ex-patrão)**, é aquela coisa, se a fiscalização pega você trabalhando lá, você perde os dois.

T 25: **Leo:** É!

T 26: **Ter:** Você perde a sua aposentadoria, e perde o serviço, dá o maior rolo com a firma.

T 27: **Leo:** Hã!

Pausa

T 28: Ter: Você quer ficar com os dois, né?

T 29: **Leo:** Três né ....

T 30: Ter: Porque três?

T 31: Leo: Pai...

T 32: Ter: Ah! Tem a pensão do seu pai, você está querendo muito dinheiro, não tá, não?

T 33: Leo: (risos)

T 34: Ter: Você não é bobo, né?

T 35: Leo: (risos)

T 36: Ter: Você quer dinheiro para quê?

T 37: Leo: Saí...

T 38: Ter: (risos)

Com relação a sua linguagem, novamente pode-se observar em seu discurso uma fala telegráfica, e um discurso de poucas palavras, mas que na maioria dos turnos não levanta dúvidas quanto aos tópicos discutidos, já que o jovem não apresenta uma ruptura ao se expressar, não há déficit de pensamento, possuindo possibilidades de compartilhar idéias e sentimentos.

Leo revelou sua vontade de voltar a trabalhar quando a terapeuta iniciou o diálogo perguntando “O que está faltando em sua vida?”, e ele novamente diz que quer voltar a trabalhar como técnico em química, como antigamente, mesmo sabendo que o seu ex-patrão aconselhou-o a trabalhar em outra função ou setor. E mais uma vez a terapeuta lhe explicou a respeito de sua volta, o que acontece com sua aposentadoria e com respeito à fiscalização, mas não adianta, observa-se que o paciente procura arrumar uma forma de voltar a trabalhar. Não que ele não esteja entendendo a terapeuta, o que ocorre é sua não aceitação com respeito à mudança, talvez pelo desejo de voltar à sua vida anterior, um resgate da inclusão social anterior.

Segundo Bakhtin, “compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela [...]” (BAKHTIN, 1995, p. 131). É durante o diálogo, onde existe a réplica, que a compreensão torna-se possível. Assim, é necessário que os processos de significação sejam considerados em todas as suas possibilidades. Desta forma, quando a terapeuta leva em conta a fala do jovem, mesmo que

“incompleta”, orientando-se em relação a ela, os processos de significação configuram-se como efetivos.

Leo não está incluído no que diz respeito ao trabalho. Sua dificuldade em aceitar a mudança o leva a não encontrar outras possibilidades. A vida deste jovem é marcada por muitas perdas: perdeu seus pais e depois dos AVCs perdeu sua namorada e sua “vida tida como normal”. A perda do emprego, de seu cargo ocupado anteriormente, é mais uma das perdas de sua vida, dentre outras que ele não consegue entender e aceitar.

Após os AVCs, Leo passou a enquadrar-se nas leis de cota para deficientes[5] para adentrar ao mercado de trabalho. Essa garantia social poderia ajudá-lo a voltar a trabalhar e assim participar mais ativamente da sociedade. Contudo, não é isso que se observa, uma vez que Leo não consegue aceitar as mudanças que terá que fazer. Leo se recusa a passar por um treinamento, para a inserção em outra função na mesma empresa. Outro fator que impossibilita Leo a inserir-se no mercado de trabalho é ele querer ficar com sua aposentadoria por invalidez e o salário que irá receber, se voltar a trabalhar. Sendo assim, esbarramos em contradições, pois observamos na fala do sujeito sua angústia por voltar a trabalhar, mas quando é dada esta oportunidade ao sujeito ele não aceita, prefere ficar sem trabalhar e ganhando sua aposentadoria, ao invés de ganhar seu salário trabalhando. Podemos inferir que essa situação seja mais conveniente para Leo. Assim, neste caso, não podemos culpar só o empregador por falta de campo de trabalho para sujeitos vistos como deficientes, perante a lei.

Sobre a vida cotidiana

Episódio 4 – Data: 21/08/02

A terapeuta chegou à sala de espera do consultório e encontrou o paciente com um sorriso no rosto, um ar de alegria. Ambos entraram na sala, sendo que em cima da mesa havia o jornal do dia. O paciente gostava de ler o jornal e conversar

[5] Lei de Cotas (8.213/91), que obriga firmas com mais de cem empregados a ter no quadro de funcionários de 2% a 5% de deficientes.

sobre os assuntos das manchetes. Como a terapeuta percebeu a alegria do paciente, ela começou a sessão perguntando:

T 1: **Ter:** Você está contente hoje, tá até mais bonito, o que é que aconteceu neste fim de semana?

T 2: **Leo: (sorridente)**... eu... festa peão... Barretos...

T 3: **Ter:** Que delícia, por isso que está com essa cara tão boa!!!!

T 4: **Leo:**.É...

T 5: **Ter:** E aí? Estava gostoso lá?

T 6: **Leo:** Nossa... muito bom ... cheio gente...

T 7: **Ter:** É, tinha muita gente?

T 8: **Leo:** Brasil intero!!

T 9: **Ter:** É mesmo, vai gente de todo Brasil.

T 10: **Leo:** Eu... uma menina... Minas Gerais...

T 11: **Ter:** Que legal, você conheceu, como ela chama?

T 12: **Leo:** Jaqueline... nossa não... longe né...

T 13: **Ter:** É. Minas Gerais é longe, mas tem telefone, né, é só ligar para ela.

T 14: **Leo:** É... peguei número...

T 15: **Ter:** Então dá para vocês conversarem.

T 16: **Leo:** Muita menina lá... tudo nova... assim... **(aponta com o dedo para a terapeuta, se referindo à sua idade)**... veião... caminhonete...

T 17: **Ter:** Verdade, Leo, tudo nova com homem velho, só interesse, Leo.

T 18: **Leo:** É ... só dinhero...

Pausa

T 19: **Leo:** Nossa muita... muita gente... gostoso... Big Brother... o peão... ganhô...

T 20: **Ter:** Verdade, Leo, o Rodrigo estava lá, ele é bonito!!!

T 21: **Leo:** Ô loco.... bonito... hôme **(rindo)**

T 22: **Ter:** Ué, eu acho mulher bonita, por que você não acha homem bonito?

T 23: **Leo:** Tô fora…

A análise do episódio apresentado suscita algumas questões para discussão: a terapeuta fica atenta para a expressão facial e postural do paciente, chamando a atenção dele para isso, respondendo e reinterpretando os tópicos por ele introduzidos.

Segundo Bakhtin (1995), é durante o diálogo que a compreensão torna-se possível, ou seja, a compreensão é possível porque produzimos junto com o outro,

atribuímos palavras às palavras do outro. Assim, é necessário que os processos de significação sejam considerados em todas as suas possibilidades. Desta forma, quando a terapeuta leva em conta a fala do jovem, mesmo que “incompleta”, os processos de significação configuram-se como efetivos. Observa-se neste episódio, pelo relato do jovem, que sua vida social continua preservada (mesmo que parcialmente), ao contar para a terapeuta sobre seu passeio na festa do peão de Barretos. Nota-se também que ainda mantém suas amizades e “paqueras” (turnos 10 a 15). Assim, ao dirigirmos nosso olhar para a qualidade de vida deste jovem, a partir do tema do episódio aqui apresentado, que é o passeio do final de semana, podemos inferir que ele procura se inserir como os jovens sem afasia de sua idade. Nos turnos 10, 12 e 14, nota-se que o sujeito aparenta resolver seus problemas, pois ele sabe que Minas Gerais é longe, por isso pega o telefone da menina por quem se interessou para manter contato, pois é a única maneira devido à distância. Podemos observar também o senso crítico de Leo sobre costumes sociais, nos turnos 16 e 18, ao identificar o interesse das meninas novas por homens mais velhos e ricos, posicionando-se frente ao fato. Nos turnos 20 a 23, a terapeuta questiona e “provoca” o sujeito, sobre suas posições e opiniões, mas, apesar disso, ele as mantém. Já no turno 19, verifica-se que o paciente está atualizado com os acontecimentos da televisão, ao falar sobre o ganhador do programa de televisão “Big Brother Brasil”.

Identifica-se no turno 6 que a fala do paciente tem característica telegráfica, já que ele apresenta uma grande dificuldade em formar frases complexas; mas mesmo assim se faz entender e não desiste do que quer falar. Observa-se também que a terapeuta privilegia o conteúdo da fala do paciente, sem exigir os aspectos formais da língua, questiona e ao mesmo tempo interpreta o sujeito, para que a dinâmica discursiva não fique prejudicada. Ao levarmos em conta todos os recursos lingüísticos e extralingüísticos dos quais um sujeito afásico lança mão para se fazer compreender, podemos observar em sua fala elementos que, de certa forma e com maior independência, fazem parte dos processos normais de interlocução: lapsos, reiterações, retomadas e apoio na fala do interlocutor.

Conforme Goffman (1998) se faz necessário tentar integrar os sujeitos estigmatizados na sociedade. Tais sujeitos são percebidos pelo grupo cultural como incapazes de usar as oportunidades sociais disponíveis, tais como as de trabalho ou de relações sociais; fazendo com que sejam discriminados. Os afásicos fazem parte

deste grupo de indivíduos e assim o processo terapêutico deve também levar em conta tais questões.

Com o referencial teórico que permeia a terapia fonoaudiológica, esses estigmas procuram ser amenizados, tanto pela terapeuta como pelo próprio paciente, e desta forma a partir do episódio aqui analisado, podemos supor que este jovem continua parcialmente incluso na sociedade, mantendo sua vida social com restrições; não se intimidando com os preconceitos da sociedade.

Complementando as discussões, observa-se no episódio como o paciente não tem dificuldade para expandir ou mesmo sair do tópico discursivo da interlocução em curso, sem perder-se enquanto locutor, demonstrando que responde às questões da terapeuta, não se sobrepondo a sua fala. Discursivamente, a terapeuta está presente para o paciente e ele demonstra ser interlocutor e mantenedor dos tópicos que vão sendo elaborados.

Portanto, o episódio aqui apresentado demonstra como o processo dialógico caracteriza a linguagem e neste diálogo existe a troca, fundamental para que haja o processo de significação; a terapeuta, ao assumir o papel de interlocutor, interpreta, atribui sentido, resgata a fala do sujeito, priorizando o conteúdo relatado em seu discurso e, desta forma, incentivando o sujeito a falar e tomar consciência do que é capaz, favorecendo sua auto-estima.

O processo terapêutico em que o acompanhamento da linguagem do sujeito afásico é organizado a partir de situações discursivas dialógicas propicia outros modos de ação verbal (Coudry, 1995).

Episódio 5 – Data: 11/11/03

Neste episódio, Leo começa o diálogo informando à terapeuta que parou com o uso de entorpecentes, e segue relatando sobre seu final de semana, seu relacionamento com os amigos e seu plano de comprar um carro novo, enquanto folheia o jornal.

Pausa

T1: **Leo:** Eu .... **(faz sinal com a mão que parou e aponta para o nariz)**

T 2: **Ter:** Só umas cervejinhas!

T 3: **Leo:** É .... nossa ...

T 4: **Ter:** Bebeu bastante?

T 5: **Leo:** Nosssssa!

T 6: **Ter:** Chops.

T 7: **Leo:** É!

Pausa

T 8: **Ter:** Comeu também ou não?

T 9: **Leo:** Ô!

Pausa

T 10: **Leo:** Cumprimento né .... colega .... **(fazendo referência aos amigos usuários de droga).**

T 11: **Ter:** Cumprimentar! Há sim, lógico, não precisa virar a cara também. É só não ficar junto, e não fazer o que fazem.

T 12: **Leo:** É!

Pausa

T 13: **Leo:** Comprar ... **(fala alguma coisa que a terapeuta não consegue entender, enquanto conversa folheia o jornal)**

T 14: **Ter:** Comprar o quê? Não entendi!

T 15: **Leo:** Corola .... **(marca de um carro)**

T 16: **Ter:** Corola? Você está querendo um Corola?

T 17: **Leo:** É.

T 18: **Ter:** Que maravilha!

T 19: **Leo:** Metade, né, meu ... um novo ...

T 20: Ter: Um velho você fala, é um usado?

T 21: **Leo:** Não novo ...

T 22: **Ter:** Ah! Um novo.

T 23: **Leo:** Metade ...

T 24: **Ter:** Com quem?

T 25: **Leo:** Não ...

T 26: **Ter:** Metade?

T 27: **Leo:** Ce ... não ... é ... quarenta...

T 28: **Ter:** Você tem a metade.

Pausa

T 29: **Ter:** Custa quarenta mil reais.

T 30: **Leo: (Faz que não com a cabeça)**

T 31: Ter: O quê que é quarenta, que você falou? Não entendi!

T 32: Leo: Cinqüenta conto ...

T 33: Ter: É cinqüenta mil.

T 34: Leo: Um Corola ... é ...

T 35: Ter: É!

T 36: Leo: Não mais ... trinta ... é...

Pausa

T 37: Leo: (escreve no papel)

T 38: Ter: Cinqüenta e dois mil.

T 39: Leo: É!

T 40: Ter: Que ano?

T 41: Leo: Zero ... quarenta por cento ...

T 42: Ter: De desconto?

T 43: Leo: É!

T 44: Ter: Por quê?

Pausa

T 45: Ter: É promoção?

T 46: Leo: Não .... dificiente ...

T 47: Ter: Aahh! Eu não sabia, verdade, você tem quarenta por cento de desconto?

T 48: Leo: É!

T 49: Ter: Nossa! Quase a metade.

Pausa

T 50: Ter: E você tem o dinheiro.

T 51: Leo: Tenho...

Pausa

T 52: Ter: Está podendo, hein! Que cor?

T 53: Leo: Preto...

T 54: Ter: Preto, você já viu ele.

T 55: Leo: Ttitititit **(Automatismo de não)** …

Pausa

T 56: **Leo:** IPVA ... num paga...

T 57: Ter: O IPVA é grátis.

T 58: Leo: É.

T 59: Ter: Nossa! Aonde? Em qualquer concessionária?

T 60: Leo: Campinas...

T 61: Ter: Ah! Em Campinas.

T 62: Leo: Amauri... vê... **(Nome de um despachante da cidade)**

T 63: Ter: O Amauri vê!

T 64: Leo: É.

Pausa

T 65: Ter: O Corola é um carro muito bonito.

T 66: Leo: Some …

T 67: Ter: Fazer o cálculo, você quer?

T 68: Leo: É.

T 69: Ter: Vamos pegar a calculadora.

Pausa

T 70: Ter: Vamos lá então! Você sabe fazer?

T 71: Leo: Tititit (Automatismo de não) ...

T 72: Ter: Cinqüenta e dois mil, né, é isso mesmo?

T 73: Leo: É!

T 74: Ter: Você viu aqui. **(mostra o jornal)**

T 75: Leo: Hã! **(Com entonação de quem não entendeu)**

T 76: Ter: Você viu o preço aqui no jornal?

T 77: Leo: Não.

T 78: Ter: Vamos ver então **(começa a procurar no jornal)**

Pausa

Episódio 6 – Data: 25/11/03

No episódio a ser analisado abaixo, a terapeuta inicia o processo discursivo perguntando a Leo se ele continua dirigindo.

T 1: Ter: E você continua dirigindo, Leo?

T 2: Leo: Ô! … sem carta … sábado …

T 3: Ter: Mas está dirigindo mesmo assim .

T 4: Leo: Ô! **(Com entonação que sugere sim, e aponta para a terapeuta e depois para o papel que estava em cima da mesa).**

Pausa

T 5: **Ter:** Vamos lá!

Pausa (Terapeuta escreve no papel para que o paciente pudesse ler)

T 6: **Leo:** Eu...

T 7: **Ter:** Estava ....

T 8: **Leo:** Estava ....

T 9: **Ter:** Sem ....

T 10: **Leo:** Sem .... carta ... sábado.

T 11: **Ter:** Como é?

T 12: **Leo:** Eu ....estava sem carta..... sábado.

T 13: **Ter:** Sábado não, né, você está sem carta. Mas mesmo assim vai.

Pausa

Baseando-nos nestes dois episódios (5 e 6), sendo que todos seguem desta maneira, só mudando o tema discursivo, podemos refletir sobre a importância, entre os locutores, da atribuição de sentidos em um discurso. Isto pode ser identificado no momento em que a terapeuta usa as experiências vividas do paciente para fazer destas os temas das discussões. Leo voltou a dirigir, o que desde o início das terapias relatava desejar fazer. Comprou seu carro, mas não está contente, nesse episódio relata que irá trocar o carro por um 0 Km e que, devido a seu déficit, tem direito a 40% de desconto no valor do carro e que o IPVA seria gratuito.

A análise desses episódios nos permite inferir que o sujeito está parcialmente inserido nas atividades de lazer do seu grupo social, pois a inserção social ocorre em diferentes níveis da vida social: trabalho, política, cultura, lazer.

Podemos verificar na oralidade do paciente a capacidade de interação, de expressão e ação no mundo; assim demonstrando a importância da linguagem para a inserção social, tais como as de Leo, que se transformam em alicerce para a reintegração social deste sujeito, como discutido por Penteado (2002), já que linguagem é considerada uma prática vinculada às suas condições de produção, como um produto social, cultural e histórico.

Com relação a sua inclusão social, verifica-se um grande passo. O fato de o jovem voltar a dirigir é uma conquista em relação à vida anterior. E assim, melhorando também sua qualidade de vida, pois esta ocorre quando a pessoa está

inserida nas condições e estilo de vida, direitos humanos e sociais, e saúde, assim se unindo e construindo coletivamente padrões de conforto para si e para sociedade.

Sobre a afasia

Episódio 7 – Data: 13/11/02

No seguinte episódio, Leo inicia seu processo discursivo queixando-se do braço, e começa a reclamar de tudo o que não consegue realizar, e a terapeuta começa a lhe mostrar tudo o que está conseguindo, para tentar fazê-lo pensar de forma um pouco mais positiva.

T 1: **Leo:** Caraio.... **(aponta para o braço com hemiplegia)**

T 2: **Ter:** A mão !

T 3: **Leo:** É ....mulher...mulherada...dirigi....mulherada....balada....

T 4: **Ter:** Dirigir, mulherada, falar! É isso que você quer!

T 5: **Leo:** É.

T 6: **Ter:** Falar pouco, uma mão que está melhorando e uma mulher, você não quer!

T 7: **Leo: (risos)**

T 8: **Ter:** Não está bom assim?

T 9: **Leo:** Tá bom, mas... **(risos)**

T 10: **Ter: (risos)** Você é demais rapaz, hein?!

Pausa

T 11: **Ter:** Você arranjou uma namorada, que gosta de você, está melhor a mão, lembra de como você estava antes, você não falava uma palavra, você está conseguindo até “cantar” a mulherada, porque você conseguiu uma namorada, né?

T 12: **Leo:** Há!

T 13: **Ter:** Se você conseguiu uma namorada é porque você consegue cantar ela.

T 14: **Leo: (risos)**

T 15: **Ter:** Não conseguiu ?

T 16: **Leo**: **(risos)**

T 17: Ter: Você dá risada, né?

T 18: Leo: É bom, né...

Verifica-se que este episódio está marcado por sentimentos negativos, trazidos por Leo, demonstrando em seu discurso suas frustrações e tristeza com relação à sua aparência atual, e com relação a todas as perdas que a afasia lhe causa.

No discurso de Leo, um dos tópicos é com respeito a sua alteração de linguagem, que o faz se representar como “mal falante”, quando a terapeuta lhe faz uma pergunta no turno 4: “Dirigir, mulherada, falar!, como um desejo dele. É isso que você quer!”, e o jovem lhe responde no turno 5: “É!”

Verifica-se também que o rapaz, apesar de suas dificuldades, mantém um relacionamento amoroso, o que é esperado para um jovem adulto de 20 anos. No entanto, a lembrança da sua condição anterior o impede de olhar positivamente para suas conquistas. Para ele, as limitações físicas decorrentes dos AVCs são o foco principal e dificultam sua avaliação positiva.

Verifica-se também neste episódio que os tópicos discursivos de Leo são diferentes dos episódios anteriores, pois neste aqui apresenta um discurso em que estão explícitas suas dificuldades, podendo-se supor o quanto elas o incomodam e interferem em sua auto-estima.

Normalmente a afasia provoca mudanças muito grandes nestes sujeitos, tanto no cotidiano quanto em sua inclusão social. Tais mudanças ocorrem pela relação desses sujeitos diante de sua afasia, quando estes tomam consciência de suas perdas. Essas mudanças também são geradas pela gravidade e duração dos problemas ocorridos pela afasia e outras seqüelas que podem estar associados a ela.

Mas como pode se verificar com relação aos outros episódios, Leo não apresenta mudanças de personalidade decorrente da afasia, e sim se verifica, neste episódio aqui analisado, um sentimento menos otimista do que nos episódios anteriores.

CONCLUSÃO

O trabalho aqui apresentado foi realizado com o intuito, como vimos, de analisar o discurso oral sobre a inclusão social de um afásico adulto jovem, a partir do que pode ser extraído do processo de interlocução em intervenções terapêuticas fonoaudiológicas.

Embasando-se em Vygotsky e sua concepção da linguagem, e utilizando-se desta para “guiar” a terapia fonoaudiológica aqui apresentada nesta dissertação de mestrado, infere-se que esta contribui para que Leo mantenha-se parcialmente inserido na sociedade, assim reestruturando sua linguagem oral.

Reafirmamos neste estudo a idéia, apontada por Vygotsky (1984), de que as funções mentais não são fixas e imutáveis, uma vez que as características orgânicas da afasia puderam ser compensadas por outros recursos desenvolvidos por Leo e seus interlocutores para superar as dificuldades decorrentes da lesão.

Os episódios apresentados refletem a importância das trocas entre os interlocutores, na atribuição de sentidos em um discurso. A terapeuta assume no discurso um lugar de interlocutora ativa, participando, fazendo perguntas, atribuindo sentidos para a fala e expressões do sujeito, considerando-o como o outro no discurso, buscando significação, o que se pode observar no momento em que a terapeuta usa a experiência vivida do paciente para fazer desta o tema da discussão, não estando preocupada com a forma da língua, com a fala telegráfica do rapaz, mas sim com o conteúdo que a fala do paciente apresenta, como podemos observar em todo o episódio. Desta forma, nem mesmo o paciente se queixa de como está usando a língua, não se prendendo em não conseguir formar frases complexas.

De acordo com Morato (2002) e Coudry (1988) é em situações dialógicas como esta aqui observada que o sujeito tem a possibilidade de ser espontâneo o que leva à vivência de situações sociais em que o sujeito afásico vai agir e interagir naturalmente.

Pode-se observar que, durante as sessões fonoaudiológicas, o paciente trazia para a terapia suas frustrações, emoções, ansiedades e angústias em relação à sua linguagem. Posteriormente, ele passou a se queixar de sua “fala curta”, ou seja, do fato de não conseguir formar frases. Essas necessidades do paciente foram

consideradas nas sessões, já que a terapia é lugar em que o sentido e a significação são privilegiados e não somente a repetição do falar corretamente.

Observamos como o paciente não tem dificuldades para expandir ou mesmo sair de um assunto que está falando, não se perde enquanto locutor, demonstrando que responde a questões da terapeuta, não se sobrepondo à sua fala. Discursivamente, a terapeuta está presente para Leo, e ele demonstra ser interlocutor e mantenedor dos tópicos que vão sendo elaborados. Os episódios aqui apresentados explicitam as afirmações de Bakthin (1981) mostrando o processo dialógico e a linguagem do paciente dirigindo-se para o outro. Neste diálogo, ocorrem trocas e significações e a terapeuta, ao assumir o papel de interlocutor, do que interpreta, atribui sentido, resgata a fala do sujeito; priorizando o conteúdo relatado em seu discurso, assim incentivando o sujeito a falar e tomar consciência do que ele consegue, do que é capaz, favorecendo sua auto-estima. Podemos verificar na oralidade do sujeito a capacidade de interação e de expressão e ação no mundo.

Considerando as possibilidades de comunicação apresentadas por Leo e sua participação ativa em diferentes atividades sociais, poderíamos esperar que ele revelasse uma avaliação positiva com relação a sua inclusão social. Todavia, vemos que a falta de possibilidade de retorno ao trabalho na profissão que exercia antes do AVC, somada aos conflitos impostos pelas leis governamentais que garantem a aposentadoria aos sujeitos incapacitados para o trabalho, representam obstáculos para Leo voltar a trabalhar. Podemos inferir que a aposentadoria é mais conveniente para Leo e outros sujeitos aposentados por invalides, pois a aposentadoria é uma forma segura de receber sua remuneração e garante o recebimento ininterrupto para sempre. Esta garantia nem sempre é dada ao trabalhador que pode correr o risco de ser demitido. Além disso, soma-se a idéia negativa do trabalho, presente no grupo social do qual Leo faz parte, de que tem mais valor aquele que recebe mais trabalhando menos.

Concluindo a linguagem mostrou-se fundamental para a inclusão e constituição do sujeito e a terapia fonoaudiológica representou um espaço dialógico importante para o processo de inclusão social de Leo. Este demonstra estar parcialmente inserido no grupo social, pois embora ainda não tenha conseguido uma inserção no mercado de trabalho, mostra que participa ativamente de atividades de lazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAURRE, B. Estudos lingüísticos e a aquisição da escrita. In: CASTRO. M. F. (Org). **O Método e o Dado no Estudo da Linguagem.** Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p. 111-164.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem.** São Paulo: Editora Hucitec, 1981.

_____. **Estética da Criação Verbal.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997.

BOGDAN, R & BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora LDA,1994.

CORRER, R. **Deficiência e inclusão social:** construindo uma nova comunidade. São Paulo: EDUSC, 2003.

COUDRY, M. I.H. **Diário de Narciso: Discurso e Afasia.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1988.

_____. O que é dado em neurolingüística? In: CASTRO . M.F.P.(Org). **O método e o dado no estudo da linguagem.** Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p.179-195.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica.** São Paulo: Forense Universitária, 1998.

FLECK. M. P.A. & LOUZADA, S. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. “WHOQOL-bref”. **Revista Saúde Pública**, 34(2): 178-83, 2000.

FREITAS, M. S. **Alterações fono-articulatórias nas afasias motoras**: um estudo lingüístico**.** Tese de Doutorado. Instituto de Estudos da Linguagem. Universidade de Campinas. Campinas, 1997.

FRIEDMAN, S. Imagem de falante e qualidade de vida: uma perspectiva ética para a terapia fonoaudiológica. **Saúde em Revista Unimep**,] 05(09): 07-11, jan/abr. 2003.

GERALDI, J. W. **Portos de Passagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

GOFFMAN, E. **Estigma.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GOÉS, M. C. R. A. Abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: Uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. In: **Caderno Cedes**. Relações de ensino: Análise na perspectiva histórico cultural**.** Ano XX, Nº 50, Abril/00.

KAGAN, A. & SALING. M. M. **Uma introdução à afasiologia de Luria – Teoria e Aplicação.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

JOANETTE, Y.; LAFOND, D. & LECOURS, A .R. A afasia do afásico. In: PONZIO. J. & (Org). **O Afásico Convivendo com a Lesão Cerebral.** Santos: Editora Maltese. 1995.

LEBRUN. **Tratado de afasia.** 1983.

LURIA. **Distúrbios do Pensamento e linguagem**: As ultimas conferências de Luria. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1987.

LÜDKE, M & ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. Temas Básico de Educação e Ensino**.** São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES, C. A. Integração: uma via de mão dupla na cultura e na sociedade. In: MANTOAN. M. T. E. & Colaboradores. **A integração de pessoas com deficiência –** contribuições para uma reflexão sobre o tema**.** São Paulo. Editora Memmon, 1997.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MORATO, E. M. **Um Estudo da confabulação no contexto neuropsicológico à deriva ou as sem-razões do sentido.** Tese Doutorado. Instituto de Estudo da Linguagem. Universidade de Campinas. Campinas, 1995.

_____. As afasias entre o normal e o patológico: da questão (neuro)lingüística à questão social. In: SILVA, F. L. & MOURA, H. M. (org). **O Direito à fala a questão do preconceito lingüístico.** Florianópolis: Editora Insular, 2002. p. 63-74.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida, conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf. 2001.

NOVAES-PINTO, R. C. **A contribuição do Estudo Discursivo para uma Análise Crítica das Categorias Clínicas.** Tese Doutorado. Instituto de Estudos da Linguagem. Unicamp. Universidade de Campinas. Campinas, 1999.

ORTIZ, K. Z. Avaliação e terapia dos distúrbios neurológicos da linguagem e fala. In: FILHO, L. (org).**Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Editora Roca, 1997. p.939-958.

PENTEADO, R. Z. Subjetividade e promoção da saúde na clínica fonoaudiológica. **Pró-fono Revista de atualização cientifica.** Carapicuíba (SP), v.14.n. 1. p.61-72. jan-abr. 2002.

PONZIO, J. (org). **O afásico:** Convivendo com a lesão cerebral. Santos: Editora Maltese, 1995.

PORTO, E. & GAIO, R. Qualidade de vida e pessoas deficientes: possibilidade de uma vida digna e satisfeita. **Revista Esporte como fator de qualidade de vida.** 2002. p. 139-147.

REGO, T. C. **Vygotsky:** uma perspectiva histórico-cultural da educação. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1995.

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

SASSAKI, R. K. **Inclusão/Construindo uma Sociedade para Todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

TANI, G. Esporte, educação e qualidade de vida. In: MOREIRA, W.W. & SIMÕES, R. (Org). **Esporte como fator de qualidade de vida.** Piracicaba: Editora Unimep. 2002.p.103-116.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo