

ROBERTO PACHECO

**REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DO AFÁSICO EM UMA
PERSPECTIVA FOCALIZADA NO COTIDIANO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Ciências da Linguagem como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Linguagem

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Fábio José Rauen

TUBARÃO, 2004

ROBERTO PACHECO

**REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DO AFÁSICO EM UMA
PERSPECTIVA FOCALIZADA NO COTIDIANO**

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Linguagem e aprovada em sua forma final pelo Curso de Mestrado em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão – SC, 30 de julho de 2004.

Prof. Dra. Laís Toledo Krücken Pereira
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Adair Bonini
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Dr. Fábio José Rauen
Universidade do Sul de Santa Catarina

DEDICATÓRIAS

Dedico esse trabalho às minhas filhas, Gabi e Bia, que constituem a razão do meu viver; à Dani pelo tempo de apoio e pelo que a vida nos permitiu; à minha mãe pela sua capacidade de luta e de amor; a meu pai (in memoriam), pelo ditos e não ditos que me ensinaram a viver o cotidiano; às minhas irmãs e sobrinhos, pela credibilidade e carinho, nem sempre retribuídos; e, a todos os pacientes que, ao confiarem em mim, contribuíram para a minha formação profissional e humana.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Fábio Rauen, pelas discussões, sugestões e o conhecimento compartilhado.

Aos Prof. Dr. Adair Bonini e Dra. Lais Toledo K. Pereira, pelos questionamentos e contribuições durante a realização desse trabalho.

A Prof^a. Dra. Solange Gallo, pela sua humildade, sabedoria, convicção e alegria que, sem nenhuma formalidade, contribuíram para que eu me fortalecesse e compreendesse melhor minha vida.

A Prof^a. Dra. Albertina Felisbino, pelo seu respeito incondicional com às pessoas, por sua capacidade de dialogar, mas, sobretudo, pelos períodos de convivência que me ensinaram humanidade, profissionalismo e a nutrir meus princípios éticos e escolhas.

Ao Prof. Felipe Felisbino, pelo freqüente respeito e credibilidade.

Ao Prof. Curt Hadliche e sua família, pela amizade sincera, pela força, pelo exemplo de vida, pelas orientações, enfim, por todos os ensinamentos, entre os quais, que vale a pena conviver e acreditar nas pessoas.

A Prof^a. Msc Ana Waley Mendonça e a Prof^a. Sara dos Reis, pela amizade, apoio e convivência, sem as quais, a vida perderia muito do seu encanto.

Ao Curso de Pedagogia e de Odontologia da UNISUL, em especial, aos seus respectivos coordenadores, Prof^a. Msc Nádia Sandrini e Prof. Naudy B. May, pelo acolhimento.

Aos companheiros do mestrado, em especial, Silvania, Vânia, Ediane, Naugis, Sirlene e Sheila Viana, pelos momentos de alegria e de angústia compartilhados, mas fundamentalmente, pela amizade constituída.

A Fonoaudióloga Idelma Potel, pelo incentivo constante, mesmo que à distância.

A V e sua família, pela confiança e convivência que permitiram a concretização dessa pesquisa e um significativo aprendizado pessoal.

Ao Lucas, pela sua capacidade de compreensão.

A Léia, pelas tentativas constantes de amar em um sentido maturani-ano.

A minha família e as minhas filhas, simplesmente, por tudo que me oportunizam.

A Fonoaudióloga Mariza e aos companheiros do dia a dia, cada um ao seu modo.

EPÍGRAFE

O futuro não é o lugar para onde estamos indo, mas o lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído, e o ato de fazê-lo muda tanto a realidade quanto o destino. (John Schaar).

RESUMO

Esta pesquisa avaliou procedimentos para a reabilitação fonoaudiológica do Afásico a partir de uma perspectiva focalizada no cotidiano, com base na hipótese que, inicialmente, devem-se estabelecer critérios, atividades e instrumentos de trabalho com base na história de vida, sendo necessário, portanto: a) assumir uma postura teórica que permita transcender os clássicos critérios neurológicos e lingüísticos, buscando, sobretudo, redimensionar os conceitos de cotidiano, linguagem, comunicação, relação e incapacidade; e, b) assumir uma postura profissional que não fique apenas no âmbito do consultório, centrada exclusivamente em atividades orais e escritas objetivadas a atenuar os sintomas afásicos. Fundamentado na Pragmática lingüística, na abordagem Neurolingüística em afasiologia, no conceito sociológico de vida cotidiana, na perspectiva funcional de reabilitação e na Biologia do Conhecer, foram estabelecidos critérios e elaboradas atividades com base no cotidiano, ou seja, com base na vida humana real. O roteiro de atividades foi testado mediante estudo de caso com um Afásico, acompanhado durante onze sessões compostas de atividades domiciliares, extra-domiciliares e de consultório. Os resultados indicam a modalização dos critérios para a reabilitação da afasia; a necessidade do resgate da condição de humanidade no processo de reabilitação do Afásico e da ampliação das discussões sobre o papel terapêutico do fonoaudiólogo; e, um diálogo possível entre as ciências da linguagem, sociais e da saúde.

Palavras-chave: Afasia, Fonoaudiologia, Reabilitação, Cotidiano.

ABSTRACT

This research evaluated procedures for the rehabilitation of language of the aphasic person from a perspective focused in the quotidian, being based in activities and instruments of work must be established a criteria on the basis of the life history, being necessary, therefore: a) to assume a theoretical position that allows to exceed the classic neurological and linguistic criteria, searching and giving a new sensible in the concepts of daily, language, communication, relationship and incapacity - b) to assume a professional position that is not only in the scope of the doctor's office, centered exclusively in verbal activities and objectified writings to attenuate the aphasic symptoms. Based on the Pragmatic linguistics, in the Neurolinguistics approach and aphasiology, in the sociological concept of quotidian, in the functional perspective of rehabilitation and the Biology of Knowledge, criteria and elaborated activities had been established on the basis of the daily one, as one the basis of the life real human being. The script of activities was tested by the study of case with an aphasic person, observed during eleven composed sessions of domiciliary activities, extra-domiciliary and clinical activities. The results indicate a new way of the criteria for the rehabilitation of the aphasia; the necessity of the rescue of the human condition in the process of rehabilitation of Aphasic person, magnifying the quarrels about the language therapist work and a possible dialogue between the language, social and health sciences.

Keywords: Aphasia, Language Therapy, Rehabilitation, Quotidian.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMA, HIPÓTESE E OBJETIVOS DO ESTUDO	12
1.2 RELEVÂNCIA DA PESQUISA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 DEFINIÇÃO DE AFASIA	21
2.2 ESCOLAS E PROPOSTAS TERAPÊUTICAS.....	27
2.3 CONTRIBUIÇÕES DA PRAGMÁTICA	42
2.4 ABORDAGEM NEUROLINGÜÍSTICA DE LEBRUN E DE COUDRY	47
2.5 A VIDA COTIDIANA EM UMA VISÃO SOCIOLÓGICA.....	52
2.6 ORIGENS E CONCEITOS DA BIOLOGIA DO CONHECER	55
2.6.1 <i>A Mente</i>	61
2.6.2 <i>A Origem do Humano</i>	63
2.6.3 <i>Linguagem, Emoção e Consciência</i>	66
2.6.4 <i>Relação Social</i>	72
2.7 FONOAUDIOLOGIA E BIOLOGIA DO CONHECER	75
2.8 REABILITAÇÃO EM UMA PERSPECTIVA FUNCIONAL.....	85
3 METODOLOGIA.....	90
3.1 CRITÉRIOS	90
3.1.1 <i>Crítério de cotidianidade vivida</i>	91
3.1.2 <i>Crítério de relações interpessoais</i>	93
3.2 ROTEIRO E INSTRUMENTOS	97
4 O ESTUDO DO CASO.....	100
4.1.1 <i>O sujeito afásico da pesquisa</i>	100
4.1.2 <i>Descrição do roteiro de atividades</i>	103
4.1.3 <i>Cotidianidade, relações interpessoais e fonoaudiologia</i>	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXO 1 - MODELO DE ENTREVISTA.....	134
ANEXO 2 - ROTEIRO DE ATIVIDADES PARA A REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	136

ANEXO 3 - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DO ROTEIRO DE ATIVIDADES.....	138
ANEXO 4 - PRIMEIRA SESSÃO	140
ANEXO 5 - SEGUNDA SESSÃO.....	142
ANEXO 6 - TERCEIRA SESSÃO.....	157
ANEXO 7 - QUARTA SESSÃO.....	166
ANEXO 8 - QUINTA SESSÃO	169
ANEXO 9 - SEXTA SESSÃO.....	171
ANEXO 10 - SÉTIMA SESSÃO	173
ANEXO 11 - OITAVA SESSÃO.....	175
ANEXO 12 - NONA SESSÃO	178
ANEXO 13 - DÉCIMA SESSÃO	181
ANEXO 14 - DÉCIMA PRIMEIRA SESSÃO.....	191
ANEXO 15 - ANGIOGRAFIA DIGITAL.....	195
ANEXO 16 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO.....	198
ANEXO 17 - RELATÓRIO FONOAUDIOLÓGICO.....	200

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise comparativa de Jackubovicz (1995).....	33
Quadro 2 - Atividades desenvolvidas com o Fonoaudiólogo.....	104
Quadro 3 - Atividades sugeridas para serem desenvolvidas pela família.	104
Quadro 4 - A Cotidianidade vivida e a Reabilitação Fonoaudiologia do Afásico	110
Quadro 5 - As Relações Interpessoais e a Reabilitação Fonoaudiológica do Afásico	115
Quadro 6 - Cotidianidade e Relações Interpessoais nas atividades sugeridas para a família.	120

1 INTRODUÇÃO

A alteração do cotidiano é uma das características mais contundentes da condição afásica, de modo que se vêem subitamente: alterada a qualidade das relações interpessoais e ameaçada a garantia de independência do Afásico.¹ Tal condição, associada ao fator patogênico e a outras seqüelas que poderão estar presentes e, muitas vezes, tratadas por métodos terapêuticos ingênuos, poderá alimentar a crença de uma incapacidade comunicativa e favorecer o processo de descrédito social desse sujeito.

Parto do pressuposto de que, embora a afasia seja um fato, a “incapacidade” de comunicação atribuída ao Afásico pode ser uma interpretação desse fato construída nas relações interpessoais. Isso posto, o “não conseguir” do Afásico poderá não ser uma conseqüência direta da sintomatologia ou o tipo de afasia, mas uma conseqüência das circunstâncias relacionais. Assim, por exemplo, o efeito de uma parafasia ou de uma anomia no processo comunicativo não dependeria exclusivamente da fonte da parafasia ou da anomia, mas do jogo relacional, das condutas relacionais, das interpretações que emergem nas tentativas de diálogo entre

¹ A palavra está grafada em letra maiúscula para indicar que estou me referindo a uma pessoa, e não a uma condição patológica ou um distúrbio de linguagem. Indicações semelhantes acontecem em outros contextos, como por exemplo, em estudos linguísticos e fonoaudiológicos que utilizam **Surdo** para designar a pessoa surda em uma perspectiva cultural e social e **surdo** para designar deficiência sensorial.

Afásico e não Afásico.² Assim, pensar as relações interpessoais pode ser uma preocupação válida para o fonoaudiólogo, tanto no sentido de buscar elaborar critérios e estratégias que permitam avaliar, orientar e acompanhar o estabelecimento e o redirecionamento destas relações, quanto no sentido de buscar teorizar a correlação entre tais relações, a linguagem e a constituição do ser humano.

Nesse sentido, compactuando com estudos como os de Lebrun (1983) e Coudry (1988), que demonstram as fragilidades das abordagens terapêuticas clássicas na área da afasiologia, estou interessado, nesse estudo, em avaliar procedimentos para a reabilitação fonolológica³ do Afásico focalizados no cotidiano, ou seja, no viver humano real.

1.1 PROBLEMA, HIPÓTESE E OBJETIVOS DO ESTUDO

O cotidiano é, muitas vezes, negligenciado como critério terapêutico na Fonoaudiologia, ou seja, como forma de avaliar, diagnosticar, prognosticar e tratar o cliente. Dito de outra maneira, o fonoaudiólogo permanece orientado por critérios da Neurologia localizacionista e da Lingüística formalista, tradições da Clínica Fonoaudiológica, que são insuficientes para construir uma teoria de reabilitação do Afásico.

Ao falar em cotidiano, nesse contexto, tenho em mente que a convivência e a diminuição das desvantagens no dia a dia poderão permitir uma vida com episódios de comunicação bem sucedidos. Em outras palavras, mesmo quando o Afásico não consegue falar ou

² Como analogia ilustrativa, podemos tomar o trabalho de Carvalho (1997) sobre o fracasso escolar, onde o autor destaca que a associação entre erro e fracasso como causa e consequência direta interfere na percepção de que se o erro é um dado, o fracasso é uma interpretação do mesmo. Carvalho defende que erro e fracasso estão em nossas mentes quase como um substantivo composto ou um binômio.

³ Refiro-me a reabilitação como o processo que envolve a avaliação, diagnóstico, prognóstico e terapia.

escrever de forma eficiente, a produção de linguagem/comunicação poderá ser garantida a partir das relações humanas de convivência.

A rigor, parto das minhas inquietudes relacionadas com a possibilidade, talvez necessidade, de que o fonoaudiólogo deve atuar prioritariamente na convivência do paciente e subjacentemente nos efeitos afásicos. A partir da melhora nos eventos de convivência, espera-se que o paciente consiga minorar suas dificuldades lingüísticas. Essa possibilidade ou necessidade precisa ser fundamentada em uma teoria consistente, que ofereça elementos para compreender como essa convivência se estabelece diante de sujeitos ditos normais e sujeitos reconhecidos como Afásicos, uma teoria que permita pensar a afasia e o Afásico como fenômenos distintos, embora correlacionados, sendo o primeiro na ordem fisiológica e o segundo na ordem social.

Desta forma, a reabilitação poderá ser beneficiada, quem sabe, se for invertida a ordem de prioridades do fonoaudiólogo, ou seja, buscar atuar com base na vida cotidiana para auxiliar na atenuação dos sintomas afásicos, ao invés de buscar eliminar ou atenuar tais sintomas para auxiliar na inclusão social e no processo de humanização do Afásico. Porém, para que essa inversão de prioridades no processo de reabilitação ocorra, faço a seguinte pergunta: “Que procedimentos com base no cotidiano podem ser adotados pelo fonoaudiólogo para auxiliar no processo de reabilitação do Afásico?” Dito de outra maneira, “Como pensar a fonoterapia sem recorrer aos procedimentos clássicos determinados pela Neurologia e pela Lingüística, sobretudo, as de tradição localizacionista e formalista, respectivamente?”

A minha hipótese é que, inicialmente, deve-se estabelecer critérios, atividades e instrumentos de trabalho com base na história de vida. Para isso, será necessário: a) assumir uma postura teórica que permita transcender os clássicos critérios neurológicos e lingüísticos, buscando, sobretudo, redimensionar os conceitos de cotidiano, linguagem, comunicação, rela-

ção e incapacidade; e, b) assumir uma postura profissional que não fique apenas no âmbito do consultório, centrada exclusivamente em atividades orais e escritas objetivadas a atenuar os sintomas afásicos.

É nesse espaço epistemológico que surge a possibilidade de se pensar essa problemática a partir:

- a) da noção pragmática de linguagem, especialmente à noção de linguagem enquanto ação, Austin (1990), e enquanto inferências no processo de construção da linguagem, Costa (1984) e Silveira e Feltes (1999);
- b) da abordagem neurolingüística de Lebrun (1983), Coudry e Possenti (1983) e Coudry (1988), que apontaram para a necessidade de considerar o cotidiano na área da afasiologia e de buscar novos critérios para a reabilitação;
- c) da visão sociológica de Heller (1970 e 1977) e Carvalho (1994) sobre a vida cotidiana do ser humano;
- d) da perspectiva funcional contemporânea de reabilitação, que considera os aspectos ambientais, as circunstâncias sociais incapacitadoras e as condições totais do paciente, ao invés de considerar apenas os aspectos orgânicos da doença, como pode ser visto em trabalhos como Kottike e Lehmann (1994), Lisa e Gans (1998), Yong (2000) e Lianza (2001);
- e) da teoria da Biologia do Conhecer, sobretudo, Varela, Thompson e Rosch (1991), Maturana e Varela (1997), Maturana (1999, 2001, 2002) e Maturana e Rezepka (2002), à qual a mente não é concebida como uma entidade, mas como um domínio fenomênico das relações e interações do organismo.⁴

Portanto, pretendo estabelecer procedimentos para a reabilitação fonoaudiológica na área da afasiologia resgatando, na Biologia do Conhecer, sobretudo, a discussão sobre relação social de convivência, mente, emoção e linguagem como condições entrelaçadas; e, associá-las com as discussões sobre a noção pragmática de linguagem e de comunicação, o tratamento do afásico em um sentido contextualizado, a visão sociológica de vida cotidiana e a perspectiva funcional de reabilitação.

⁴ A relação corpo/mente é concebida como gerativa e recursiva, de modo que não somente os fenômenos mentais que podemos observar em nossa vivência ocorrem modulados por nossa fisiologia, mas também nossa fisiologia pode ser afetada pelo fluir de nossos processos mentais. Ora, essa concepção, uma vez que postula a mente como espaço relacional, contribui para a fundamentação desta pesquisa, bem como para a construção de bases epistemológicas na ação terapêutica com Afásicos que suplante as deficiências dos modelos tradicionais.

Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi o de avaliar procedimentos para a reabilitação fonoaudiológica do Afásico com base em uma perspectiva focalizada no cotidiano.

Para atingir esse objetivo geral, de forma específica, este trabalho visou:

- a) aplicar conceitos de teorias não fonoaudiológicas para auxiliar na definição dos procedimentos;
- b) apresentar critérios fonoaudiológicos focalizados no cotidiano;
- c) compor roteiro de atividades e instrumentos com base no cotidiano; e,
- d) testar roteiro, instrumentos e critérios, mediante estudo de caso.

1.2 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Embora a relação neurofisiológica (localização encefálica da lesão) e lingüística (dano de linguagem) nas doenças neurológicas pareça ser algo evidente, não está claro ainda: a) que relação é essa; e, b) que dano de linguagem é esse. Seria uma relação de causalidade direta onde a linguagem é reconhecida como algo localizado no sistema nervoso central? Seriam os sintomas lingüísticos, tais como a anomia, a parafasia, o jargão, o neologismo, a melhor descrição dessa linguagem prejudicada? Em outras palavras, não é tão evidente como parece o que caracteriza a afasia e qual a relação entre o encéfalo e o que temos historicamente reconhecido como linguagem humana.

As críticas ao modelo terapêutico clínico tradicional na área da afasiologia, orientado pelas baterias de testes-padrão e fundamentado na noção de estimulação da comunicação como processo de codificação e decodificação, sugerem a necessidade de se considerar a linguagem em uma perspectiva pragmática, ou seja, de valorizar a linguagem inserida no cotidiano do Afásico, nas suas relações concretas, no seu dia a dia.⁵ No contexto dessas críticas,

⁵ (cf. MANSUR e LUIZ, 1999).

defende-se, embora isso não seja uma noção estabelecida, que as interações sociais cotidianas favorecem condições para a produção da linguagem.

Em comum a essas correntes, no entanto, está o fato de que, seja na perspectiva afasiológica tradicional, seja na perspectiva lingüística pragmática, a linguagem é tratada à luz de um modelo cognitivista representacionista. Todavia, se quisermos pensar o tratamento na ordem cotidiana, ou seja, na ordem que, de fato, valorize a forma real do Afásico viver, seus hábitos, suas ações, relações, entre outros, parece importante indagar: a) se a constituição do humano e da linguagem depende do papel informívoro da cognição;⁶ e, b) se a recuperação do Afásico estaria relacionada unicamente à melhora dessa capacidade lingüística de representar ou, alternativamente, estaria interligada com o processo de organização do Afásico nas suas relações humanas e, desse modo, na possibilidade de recuperação da sua existência. O que implica recuperar questões como posicionar-se, sentir-se útil, aceitar a si mesmo e ao outro.

Embora as discussões na área da afasiologia venham indicando a necessidade de se considerar as condições reais de produção da linguagem e a interação como elementos importantes para o processo de reabilitação, o tratamento permanece, no âmbito clínico, especialmente nos serviços hospitalares, quase que exclusivamente centrado no aspecto anátomo-clínico, com base em uma relação de causalidade direta entre a lesão neurológica e o prejuízo lingüístico. Nesse estado de coisas, a atenção é voltada exclusivamente para a afasia e não para o Afásico.⁷

Na área da saúde, numa perspectiva de reabilitação funcional contemporânea, a deficiência é definida, entre outras coisas, a partir da capacidade que a pessoa tem de se rela-

⁶ Termo utilizado por Varela, Thompson e Rosch (1991, p. 187).

⁷ (cf. LEBRUN, 1983; COUDRY, 1988; TUBERO, 1996; FREIRE, 1996). Nesse mesmo sentido, foi aprovado em 2002 um modelo de implantação para a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que orientará os sistemas de saúde e permitirá a avaliação com base na capacidade efetiva da pessoa e não apenas na situação que desencadeou a seqüela, conforme pode ser verificado no jornal do CFFa (2002, p. 18-19).

cionar com o seu ambiente de vida, ou seja, do seu grau de independência. Nessa linha, a reabilitação deve considerar, sobretudo, a necessidade de: a) uma modificação/adaptação do ambiente e das interações sociais; e, b) uma rotina de socialização, de participação e de autonomia na execução de tarefas de vida diária.⁸

Nesse sentido, penso que, assim como outras ciências já vêm fazendo, a Fonoaudiologia pode se interessar pela compreensão das relações cotidianas, utilizando este tipo de conhecimento para a construção de modelos terapêuticos significativos e eficientes. Além disso, a Fonoaudiologia também precisa formular uma teoria que vise superar as lacunas deixadas pelas clássicas noções herdadas da Neurologia e da Lingüística,⁹ uma vez que:

- a) embora muitos Afásicos jamais possam retornar a ter o desempenho lingüístico que tinham anteriormente à afasia, tendem a poder executar atividades cotidianas que permitem a comunicação e o seu reconhecimento enquanto ser humano;
- b) enquanto a terapia centrada apenas em atividades mecânicas e artificiais indica resultados não consistentes e, às vezes, frustrantes e pouco significativos para o Afásico e seus familiares, propostas contextualizadas e sociais são, geralmente, mais motivadoras e eficientes no que tange a comunicação; e,¹⁰
- c) em uma perspectiva contemporânea, a linguagem é interpretada não apenas como oralidade, mas como elemento lingüístico e extralingüístico que se constrói no contexto das interações.

Além disso, é fundamental compreender que, assim como a Lingüística passou a incluir o sujeito no processo de compreensão da linguagem, transcendendo os postulados de

⁸ (cf. KOTTIKE e LEHMANN, 1994; LISA e GANS, 1998; YONG et alli, 2000; LIANZA, 2001).

⁹ Refiro-me às noções de cognição e linguagem que desconsideram o Afásico enquanto sujeito no processo de reabilitação, e que não vêem a linguagem e as relações sociais como elementos constitutivos do ser humano.

¹⁰ Para exemplificar e refletir essa questão, sugiro a leitura do depoimento familiar sobre a condição afásica do escritor e professor Durmeval (www.durmevaltrigueiro.pro.br/afadepo.htm). Nele, são destacados episódios infelizes do tratamento fonoaudiológico, que desmotivaram o paciente e permitiram a família concluir que “a terapeuta nunca havia demonstrado maior interesse pela vida de Durmeval [...]”.

Saussure, Chomsky e Martinet, conforme Coudry (1988), as Neurociências superaram a ingênua noção localizacionista onde o ser humano é reduzido a um encéfalo.¹¹

Por uma década, dedico-me ao tratamento fonoaudiológico de pessoas afásicas e, a cada dia, percebo a importância da organização e (re)estruturação da cotidianidade e das relações nesse processo. Em outras palavras, quanto mais o Afásico consegue estabelecer uma rotina diária considerada normal, quanto mais ele consegue fazer coisas de que necessita, coisas espontâneas, independentes da afasia, parece que melhor passa a ser a sua condição de existência.

Convivo com a angústia do sujeito Afásico que, após um episódio de lesão encefálica, muitas vezes de um dia para o outro, fica impossibilitado de dizer o próprio nome, de modo que sua individualidade e seu projeto de vida se vêem afetados de forma súbita. Meu trabalho tem sido o de buscar diminuir estas dificuldades (compartilhando o sofrimento desta nova condição)¹², onde a condição de ser Afásico é interpretada como uma condição potencialmente humana.

Dessa forma, na terapia fonoaudiológica com Afásicos, e quem sabe não apenas com eles, pode ser valioso acreditar em uma nova dimensão, ou seja, na linguagem como uma unidade biopsicossocial onde os símbolos constituam um campo secundário. Isso implica valorizar uma dimensão onde seja possível pensar em situações eficientes de linguagem ou de comunicação entre Afásico, família e terapeuta, independentes da sintomatologia presente na afasia.

¹¹ Ainda permanecem centrados nesta noção, de forma absoluta e sem questionamentos, grande parte dos médicos, o que permite lembrar a indagação de Vieira (1992) sobre se é realmente possível existir uma Neurologia não localizacionista.

¹² Refiro-me ao sofrimento enquanto a percepção de ameaça à integridade do indivíduo em suas ações cotidianas que envolvem o trabalho, a família, o lazer e outros aspectos sociais. Nesse sentido, sugiro a leitura do artigo “A pessoa, a incapacidade e o processo de reabilitação” de Yong, Yong e Stiens do livro *Segredos em medicina física e de reabilitação* (2000).

Se por um lado, a linguagem é característica da vida cotidiana do ser humano; por outro, o cotidiano constitui-se uma das condições para a produção da linguagem, para a própria existência humana, no seu mais amplo sentido. Assim, a (re)organização da linguagem do Afásico correlaciona-se com a (re)organização da sua vida cotidiana e vice-versa.

Nesse contexto, considerando que o indivíduo nunca está só, mas sempre integrado socialmente, a reestruturação do cotidiano do Afásico poderá depender, entre outras coisas, de mudanças significativas na forma de viver dos seus interlocutores, nas individualidades e nas relações. É neste momento que o papel do fonoaudiólogo pode tornar-se fundamental, não no sentido técnico daquele que ensina o *que* e o *como* fazer, mas no sentido daquele que, inserido no processo de reabilitação, é capaz de elaborar um tratamento que favoreça a reflexão sobre as dificuldades e as desvantagens cotidianas em relação ao Afásico, incluindo neste processo as oportunidades de interação verdadeiramente sociais, isto é, fundadas na cooperação e na convivência do amor.¹³

Nesse sentido, atualmente, surgem pesquisas e práticas fonoaudiológicas voltadas a transcender duas questões:

- a) os modelos centrados apenas nos aspectos neurológicos (causa, tipo e local da lesão) e lingüísticos (sintomas mais evidentes na oralidade ou na escrita);
- b) a noção formalista de linguagem que não valoriza os aspectos relacionais para a comunicação tratando-a apenas como processo mecânico representacionista de codificação e de decodificação da informação.

Para finalizar, do ponto de vista de sua relevância, esta pesquisa poderá contribuir para a modalização dos critérios de avaliação e de tratamento da afasia; o redirecionamento dos conceitos de linguagem, comunicação, relação e incapacidade na área da afasiologia; a reflexão sobre a necessidade do resgate da condição humana do Afásico; a ampliação das dis-

¹³ Refiro-me a amor no sentido discutido por Maturana, conforme será apresentado posteriormente.

cussões sobre o papel do fonoaudiólogo e o aperfeiçoamento da interdisciplinaridade entre as ciências da linguagem, sociais e da saúde.

Para dar conta dessas demandas, essa dissertação foi organizada em cinco capítulos: introdução; referencial teórico; metodologia, composto de duas seções, critérios cotidianos e roteiro de atividades; estudo de caso; e, considerações finais. No capítulo seguinte, apresentarei o referencial teórico utilizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo apresenta teorias e discussões voltadas para a problematização da reabilitação da afasia e para o redimensionamento dos conceitos de cotidiano, linguagem, comunicação, relação e incapacidade, visando fundamentar o estabelecimento de procedimentos (critérios, atividades e instrumentos) para a reabilitação do Afásico em uma perspectiva focalizada no cotidiano.

O capítulo constitui-se de sete seções: a primeira define o que é afasia; a segunda discute os principais modelos e propostas terapêuticas na área da afasiologia; a terceira, debate a importância da Pragmática para essa pesquisa; a quarta, comenta as contribuições da abordagem neurolingüística de Lebrun e Coudry; a quinta discute o conceito de vida cotidiana na visão sociológica de Heller e Carvalho; a sexta, apresenta as contribuições da Biologia do Conhecer; e a sétima discute a reabilitação em uma perspectiva funcional.

2.1 DEFINIÇÃO DE AFASIA

A afasia é tradicionalmente definida como um distúrbio adquirido da linguagem causado por lesão ou disfunção encefálica, principalmente no hemisfério esquerdo, que pode

estar associado ou não a outras alterações cognitivas interferindo na capacidade de processamento e/ou produção lingüística.¹⁴ Para Kottike e Lehmann (1994, p. 664), a afasia normalmente afeta em certo grau todas as áreas da linguagem, como compreender a fala de outros, falar, escrever, ler, efetuar operações aritméticas, mas pode envolver principalmente a expressão e a compreensão verbal.

A afasia pode ser causada por qualquer doença neurológica, entre elas: o acidente vascular encefálico (AVE), os traumas crânio-encefálicos (TCE) e as encefalopatias progressivas, como, por exemplo, o Mal de Parkinson e a doença de Alzheimer. Destas, o AVE¹⁵ é, na atualidade, a etiologia mais relevante, tanto por ser o quadro neurológico mais freqüente quanto por ser a terceira causa de mortalidade em países desenvolvidos (PETIT, 1992, p. 216).¹⁶

Segundo Lewis (2000, p. 6), as classificações populares para as afasias são baseadas em opiniões de que o encéfalo é dividido em duas metades conectadas por vias de substância branca, onde a metade anterior desempenha função motora a metade posterior desempenha função sensorial. Desta forma: uma lesão na região anterior causa uma afasia motora ou de execução; uma lesão posterior causa uma afasia sensorial ou receptiva; e, uma lesão entre as regiões anterior e posterior uma afasia de condução.

¹⁴ Sobre a definição de afasia, sugere-se ler Chapey, R (1996), Coudry (1988), Kottike e Lehmann (1994) e Ortiz (1997, p. 939-958).

¹⁵ AVE é o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal (por vezes global) da função cerebral durando mais de vinte quatro horas ou levando a morte sem nenhuma outra causa aparente que a origem vascular. Pode ser classificado como hemorrágico ou isquêmico. Os acidentes vasculares isquêmicos representam de 60 a 75% dos acidentes vasculares encefálicos.

¹⁶ O AVE provoca 10% de todas as mortes em muitos países industrializados e, apesar de ser mais comum na população idosa, preocupa o aumento da incidência em pessoas jovens (LEWIS, 2000, p. 192). Segundo Greenberg (1996, p. 297), o seu prognóstico depende essencialmente da natureza e da severidade do acidente, da idade, da causa e das desordens clínicas. Por isso, considero ser necessário, cada vez mais, compreender suas seqüelas e sintomas, entre eles, a afasia.

Nesse sentido, apesar das diferenças teóricas e metodológicas entre os diversos autores, a classificação dos diferentes tipos de afasia seguem de uma forma geral a velha dicotomia expressão/compreensão, fortalecida e socializada, sobretudo, pela teorias localizacionistas: de Broca (1861), que determinou a terceira circunvolução frontal esquerda como sendo a área da linguagem articulada; e, de Wernicke (1873), que postulou a parte posterior da circunvolução temporal superior do hemisfério esquerdo como responsável pela compreensão da palavra, criando a idéia de que essa região do córtex é o centro sensorial da palavra e negando a área de Broca como único centro da linguagem (LURIA, 1979, p. 87).

Determinados o centro motor da linguagem (área de Broca) e o centro da compreensão da palavra (área de Wernicke), a afasia passa a ser compreendida como um prejuízo adquirido da expressão (afasia de Broca) ou como um prejuízo adquirido da compreensão verbal (afasia de Wernicke). Assim, de algum modo, todas as demais formas de classificação das afasias estão influenciadas por esta noção dicotômica. Ainda com base nessa dicotomia, para muitos, é quase incabível pensar em linguagem, tanto no sentido da normalidade quanto no sentido da patologia, sem considerar a expressão e a compreensão verbal como suas grandes características, associadas a funções como: comunicar o pensamento e os sentimentos, descrever, representar, entre outras.¹⁷

Parafraseando Soares (2002), a origem das concepções localizacionistas está no dualismo cartesiano, em sua tese de que a união entre mente e corpo acontecia na glândula pineal.¹⁸ Mas foi no final do século XVIII que, de fato, surgiu a primeira tentativa localizacionista com o neuroanatomista alemão, Joseph Gall (1757-1828). Gall postulou que o cérebro

¹⁷ Sobre a relação linguagem - pensamento e as funções da linguagem, em uma perspectiva filosófica, sugere-se a leitura de Auroux (1988).

¹⁸ A glândula pineal é uma estrutura em forma de pinha que fica localizada no diencéfalo, mais especificamente no epitélamo. O diencéfalo é a parte central do encéfalo situada acima do tronco encefálico e do mesencéfalo, enquanto o epitélamo é uma das partes do tálamo, região por onde passam quase todas as fibras nervosas.

não funcionava como um órgão unitário, mas como algo formado por cerca de 35 órgãos, cada um dos quais, sendo responsável por uma faculdade mental específica. Desta forma, regiões distintas do córtex cerebral humano controlariam funções específicas.¹⁹

Frente ao determinismo dos critérios neurológicos no processo de avaliação e descrição da afasia, Jakobson (1991, p 34) comenta que, se por um lado a afasia está associada a um episódio neurológico, por outro, é um distúrbio da linguagem, ou seja, a sua classificação não poderá considerar apenas o aspecto orgânico negligenciando o aspecto lingüístico²⁰. Desta forma, afirma que

a aplicação de critérios puramente lingüísticos à interpretação e classificação dos fatos da afasia pode contribuir, de modo substancial, para a ciência da linguagem e das perturbações da linguagem, desde que os lingüistas procedam com o mesmo cuidado e precaução ao examinar os dados psicológicos e neurológicos como quando tratam de seu domínio habitual (JAKOBSON, 1991, p. 36).

Porém, apesar de Jakobson ter elaborado critérios lingüísticos, contribuindo para romper com os critérios exclusivamente neurológicos e para pensar a necessidade da interdisciplinaridade no âmbito da afasiologia, o autor não contribuiu, de imediato, para a criação de uma postura voltada para a o Afásico enquanto sujeito que demanda atenção.

Pode-se verificar, então, que as definições sobre a afasia seguem, sobretudo, duas diferentes perspectivas, uma centrada no caráter lingüístico e a outra centrada no caráter neurológico. No entanto, é válido destacar que não existe apenas um modelo de Lingüística e nem tampouco um único modelo de Neurologia. Dito de outra maneira, assim como a Lingüística atual não está mais plenamente centrada nos postulados saussurianos e chomskianos, a neurologia não é mais a neurologia que resume o sujeito apenas a um cérebro

¹⁹ Uma discussão detalhada sobre a história do *Localizacionismo* pode ser apreciada em Soares (<http://intermega.globo.com/logicaepistemologia/edvaldosoa/indice.htm>) e Vieira (1992).

²⁰ Jakobson afirma que essa questão foi destacada por Hughlings Jackson no trabalho intitulado “Papers on affections of speech” Brain, XXXVIII (1915), que foi republicado por H Head.

Em 1885, Lichtheim estabeleceu uma tipologia de sete *síndromes afásicas* (CA-PLAN, 1987, p. 144) aceitas até hoje, que estão presentes em outros modelos de classificação e no discurso cotidiano da área da saúde, são elas:

- a) **afasia de Broca** - ocasionada por uma lesão no centro motor da fala;
- b) **afasia de Wernicke** - por consequência de uma lesão no centro para as imagens auditivas das palavras;
- c) **afasia de condução** - causada por uma lesão no percurso neurológico entre o centro motor e o centro para imagens auditivas das palavras;
- d) **disartria** - causada por uma lesão entre o centro motor para a fala e os órgãos motores para a fala, ou seja, no sentido do sistema nervoso periférico;
- e) **afasia motora transcortical** - provocada por uma lesão entre regiões corticais e a área de Broca;
- f) **afasia sensória transcortical** - ocasionada por uma lesão entre o centro de Wernicke e outras regiões corticais do sistema nervoso; e,
- g) **surdez da palavra** - decorrente de uma lesão entre a área de Wernicke e regiões auditivas mais periféricas.

De um modo geral, a tipologia afasiológica não apresenta diferenças significativas no âmbito das diversas propostas; em suma, a afasia é dividida em quadros em nível de compreensão, expressão, misto ou global.

Nesse contexto, a sintomatologia afásica é constituída de dificuldades de expressão e de compreensão verbal. Entre os **sintomas** ou **dificuldades de expressão** da afasia, de acordo com (LISA, 2000, p. 263), temos:

- a) **agramatismo** - ausência de elementos gramaticais conhecidos durante a conversação;
- b) **anomia** - dificuldade em evocar ou emitir nomes;
- c) **circunlocução** - tentativas em lembrar a palavra que termina em descrições ou associações relacionadas com a palavra;
- d) **ecolalia** - uma repetição precisa de um enunciado anterior quando a emissão não é necessária;
- e) **fala vazia** - um enunciado fluente que não tem partes substanciais da língua, tais como nomes e verbos;
- f) **jargão** - fala bem articulada mas totalmente incompreensível;

- g) **jargão neológico** - fala incompreensível mas com palavras que são parcialmente reconhecidas;
- h) **paragramatismo** - mau uso dos elementos gramaticais, geralmente em enunciados longos;
- i) **parafasia fonêmica** - é quando existe uma troca de fonemas, como por exemplo “farro” para “carro”. Também é denominada de parafasia literal pressão para a fala – fala excessivamente longa, geralmente incompreensível, mas bem articulada;
- j) **jargão semântico** - uma combinação semântica não relacionada.
- k) **parafasia semântica** - é quando uma palavra é substituída por outra do mesmo grupo semântico, como por exemplo: “mesa” por “cadeira”. Também pode ser denominada de parafasia nominal;
- l) **estereótipos** - repetição de sílabas sem sentido em todas as tentativas de fala; e,
- m) **fala telegráfica** - fala semelhante a um telegrama, contendo nomes e verbos.

Entre os **sintomas de compreensão**, destacam-se:

- a) levar um tempo maior do que o normal para emitir respostas;
- b) apresentar ou não conseguir dificuldade para executar ordens;
- c) demonstrar confusão durante uma conversa que envolva a fala de várias pessoas ao mesmo tempo;
- d) necessitar de pistas pragmáticas para compreender o que foi dito; e,
- e) não conseguir interpretar um enunciado escrito.

Além destas dificuldades no campo expressivo e compreensivo da linguagem, tradicionalmente descritas na bibliografia, existem outros comprometimentos que, embora sejam comumente destacados, muitas vezes, são desconsiderados no processo de descrição da afasia e de reabilitação do Afásico, São eles:

- a) **comprometimento físico** - geralmente uma hemiplegia ou uma hemiparesia à direita;
- b) **comprometimento sensorial** - como por exemplo de visão e de audição;
- c) **comprometimento das funções estomatognáticas** - como por exemplo, a disfagia (dificuldade para deglutir); e,
- d) **outros comprometimentos cognitivos** - como por exemplo a agnosia e a amnésia.

A sintomatologia afásica, citada anteriormente, suscita várias indagações. Entre elas, é imprescindível destacar os comentários realizados por Caplan (1987):

- a) diferentes síndromes afásicas podem apresentar sintomas semelhantes; e
- b) sintomas comuns descritos em diferentes afasias podem estar presentes no discurso dito normal, como por exemplo, a anomia e a parafasia fonêmica.

Assim, Caplan conclui que um mesmo sintoma poderia variar em nível qualitativo nas diferentes afasias, sendo necessário, para investigar essa possibilidade, aprofundar a análise lingüística e psicológica dos sintomas no trabalho de descrição das afasias.

Definido a afasia enquanto problema neurológico e lingüístico, a seguir, apresento modelos de escolas e propostas terapêuticas na área da afasiologia.

2.2 ESCOLAS E PROPOSTAS TERAPÊUTICAS

De forma sintética, o tratamento fonoaudiológico é constituído de avaliações (avaliação inicial e reavaliações) e de terapias. Enquanto a avaliação busca, fundamentalmente, através de uma anamnese²¹ e de testes, identificar os sintomas lingüísticos presentes e caracterizar as dificuldades de expressão e compreensão da linguagem para obter um diagnóstico, as terapias buscam auxiliar na superação das dificuldades de comunicação através da inibição ou do controle dos sintomas afásicos.

No âmbito do tratamento fonoaudiológico, o discurso vigente é, normalmente, o de correção ou ajustamento dos sintomas afásicos, onde vários recursos e estratégias são utilizados, como, por exemplo: uso de sistemas alternativos computadorizados ou não; comunicação não verbal e linguagem gestual. Além disso, várias propostas podem ser desenvolvidas, entre elas: terapia em grupo; atendimento domiciliar, entre outras.

²¹ Gostaria de destacar a crítica de Sacks (1988, p. 10) em relação à anamnese. O autor diz que a anamnese não transmite nada em relação à pessoa, a sua experiência na luta contra a doença, pela sobrevivência; ela alude ao sujeito por meio de frases superficiais que tanto podem se aplicar a um rato como a um ser humano.

É importante destacar que, em relação ao tratamento terapêutico da afasia, os estudos surgiram somente no final da primeira metade do século XX, motivados pelo avanço da medicina e pelo aumento da quantidade de pessoas afásicas vítimas de traumatismos crânio-encefálicos na Segunda Guerra Mundial (VIEIRA, 1992, p. 184). Os estudos iniciais na área da afasiologia surgiram com o propósito de elaborar testes para a classificação das síndromes afásicas ao invés de desenvolver terapias para a sua reabilitação.

De acordo com Ortiz (1997), existem oito modelos de escolas terapêuticas na área da afasiologia, quais sejam: a didática, a comportamental, a de estimulação da linguagem, a de reorganização da função, a pragmática, a neoclássica, a neurolingüística e a cognitiva.

2.2.1 ESCOLA DIDÁTICA

A escola didática trabalha com a noção de que a linguagem é reensinada, usa métodos tradicionais de ensino e não está fundamentada de forma sistematizada em nenhuma teoria. Na verdade, a terapia visa fazer o Afásico voltar a falar a partir de exercícios que lembram atividades escolares como a cópia, o ditado, a memorização, entre outras, tradições de um modelo escolar equivocado, ou seja, fundamentado na aprendizagem baseada exclusivamente na informação, desconsiderando as relações e a motivação como aspectos importantes.

2.2.2 ESCOLA COMPORTAMENTAL/OPERANTE

A escola comportamental/operante, fundamentada na Psicologia Comportamental,²² tem como princípios básicos o condicionamento operante e a influência da aprendizagem programada, trabalhando com as noções de *estímulo discriminativo positivo*, ou seja, um estímulo cuja presença está associada a um reforço; *estímulo negativo*, isto é, um estímulo cuja

²² Para uma melhor compreensão desta perspectiva sugiro a leitura de Skinner (1957).

presença está relacionada à ausência do reforço; e o *comportamento emissor*, que são comportamentos que devem ser observáveis para serem modificados ou instalados.

2.2.3 ESCOLA NEOCLÁSSICA

A escola Neoclássica, representada pelo grupo de estudiosos de Boston, está fundamentada nos modelos funcionais clássicos de linguagem destacando a manutenção das habilidades intactas. Nesse sentido, foi elaborado o teste de Boston do Sistema de Classificação ou o Exame Diagnóstico de Boston para Afasia (BDAE) (Kaplan e Goodglass, 1974), um modelo que avalia: a articulação da palavra; a fluência oral; a nomeação; a repetição; a linguagem seriada; a gramática e a sintaxe; a parafasia; compreensão auditiva; leitura; escrita e a compreensão intelectual através de atividades para o paciente responder *sim* ou *não*. De uma forma geral, o teste classifica a afasia em dois grandes grupos: não fluente e fluente.

Entre as **afasias não fluentes**, destacam-se:

- a) **afasia de Broca** - a linguagem é telegráfica, apresenta expressão agramatical geralmente associada com apraxia e boa compreensão, exceto em tarefas mais abstratas;
- b) **afasia motora transcortical** - a expressão é muito limitada, capacidade de nomeação regular, capacidade de repetição intacta e compreensão verbal regular;
- c) **afasia global** - redução severa tanto na expressão quanto na recepção;
- d) **afasia transcortical mista** - redução acentuada na expressão e na recepção mas com a capacidade de repetição intacta.

Entre as **afasias fluentes**, destacam-se:

- a) **anomia** - dificuldade em encontrar a palavra desejada sem outros déficits linguísticos sérios;
- b) **afasia de condução** - erros fonêmicos parafásicos, boa compreensão verbal, déficits na repetição de frases de pouca probabilidade;
- c) **afasia de Wernicke** - parafasias semânticas e fonêmicas, compreensão insatisfatória;
- d) **afasia de transcortical sensorial** - fala fluente com neologismos, compreensão pobre e capacidade de repetição intacta.

2.2.4 ESCOLA DE ESTIMULAÇÃO DA LINGUAGEM

A escola de estimulação da linguagem (escola empírica) acredita que a terapia deva estar fundamentada em uma estimulação adequada, que possibilite trabalhar com as capacidades que estão intactas. Segue como modelo o desenvolvimento da linguagem da criança e a aprendizagem da escrita e da leitura. São princípios gerais dessa escola: estimulação verbal; adaptação do ritmo de trabalho e dos exercícios de acordo com cada caso; refletir o processo de reeducação considerando os aspectos neurológicos, psicológicos e clínicos; utilizar os componentes verbais e outros residuais; estimular e utilizar todas as vias de entrada e respeitar a hierarquia crescente nas aprendizagens propostas.

Essa escola propõe uma terapia que visa passar do comportamento automático para o voluntário e vice-versa. A escola de estimulação da linguagem segue padrões próximos da escola didática diferenciando-se essencialmente na estrutura teórica.

Nesse modelo, segundo Ortiz (1997, p. 949), temos a proposta terapêutica de Schuell (1973), que está centrada na estimulação auditiva partindo do princípio de que em todos os tipos de afasia existe déficit nos processos auditivos. Assim, Schuell critica os modelos fundamentados em exercícios fonoarticulatórios e propõe uma estimulação auditiva intensa com um material constituído de 200 a 300 cartelas de figuras de objetos e/ou ações que constituirão o vocabulário básico, sendo construído paralelamente cartelas com as respectivas palavras escritas.

A autora elaborou o Teste de Minnesota que, de uma forma geral, avalia: a compreensão; a leitura; a fala e a linguagem; o aspecto viso motor para a escrita; a relação numérica; e, os processos automáticos. Sua proposta tem origem na prática clínica e referência na teoria Lingüística de Noam Chomsky, considerando que a afasia é um problema de desempenho lingüístico (VIEIRA 1992, p. 189-190).

Como de uma forma geral o tratamento fonoaudiológico tem como base a estimulação motora da fala através de exercícios oro-faciais e a estimulação auditiva através de atividades como cópia, ditado, repetição, leitura, nomeação e conversação. Incluo neste modelo, além de Schuell, outras propostas fonoaudiológicas, entre as quais: Jackubovics e Taylor, descritas posteriormente.

Jakubovicz (1996), visando obter dados para o tratamento fonoaudiológico ao invés de classificar o tipo de afasia, elaborou o “Teste para a Reabilitação das Afasias” considerando que para reeducar são necessárias as vias lingüísticas mais preservadas e as mais prejudicadas, sendo que as primeiras devem ser a porta de entrada para as segundas.

Sua proposta de avaliação destaca a necessidade de considerar as autocorrekções, a necessidade de facilitação do terapeuta para a elaboração de respostas pelo Afásico e as finalidades finais para cada item. Por exemplo, se o que está sendo avaliado é a capacidade de repetição, poderá ser aceita como resposta tanto uma emissão oral adequada quanto um jargão. Assim, o teste permite identificar as facilitações necessárias para a estimulação ou reeducação.

Desta forma, o teste considera o item avaliado e não propriamente a precisão das respostas, promovendo uma classificação pelos melhores resultados e não pelo que o sujeito não consegue desempenhar. Em relação à distribuição e à pontuação das respostas, a resposta certa vale três pontos; a resposta com auto-correção dois pontos; a resposta facilitada um ponto e cinco décimos; a resposta errada cinco décimos e a ausência total de resposta zero. O teste é constituído de um livro para anotações dos dados e resultados, e de um livro com as gravuras necessárias para a aplicação de algumas provas.

O teste constitui-se em:

- a) um questionário com a família para obter: dados de identificação e dados pessoais, informações sobre a doença e as condições físicas do Afásico, dados sobre a linguagem e informações sobre a história psicológica, que está centrada nas características da personalidade no Afásico;
- b) teste de compreensão e expressão da linguagem oral: linguagem coloquial, linguagem automática, linguagem associativa, teste de compreensão oral com designação das imagens por campo associativo, teste de compreensão/retenção/memória, raciocínio, expressão oral com (produção de antônimos, denominação de imagens, denominação de ações e denominação de números);
- c) teste de evocação oral - classes e categorias, por exemplo: “Diga três nomes de cores, exemplo, preto...”;
- d) teste de organização da linguagem oral - definição de palavras, organização da sintaxe e criação de frases, a partir de um dado estímulo, descrição de imagem;
- e) teste de transposição lingüística - repetição de palavras simples, palavras complexas, frases simples e frases longas e complexas;
- f) teste de leitura - sílabas, palavras, rótulos, frases-texto em voz alta;
- g) teste de escrita - cópia de letras, palavras e frases, cópia de memória, cópia de números, soletração audiovisual (por exemplo: escute as letras e aponte a palavra), soletração audiográfica (por exemplo: escute as letras e escreva a palavra), soletração audiovisomotora, capacidade de organização metafórica (organizar uma frase usando cartões), ditado de letras, palavras e frase-texto, prova de automatismos da escrita (assinatura do nome, escrita de um à dez, alfabeto de A à J), linguagem escrita associativa (completar frases e identificação de palavras e frases);
- h) teste de capacidade da linguagem escrita - frases com conceitos espaciais, números, questionário e compreensão de um texto lido;
- i) teste de expressão da linguagem escrita - nomeação e evocação (por exemplo: escreva uma lista com o nome de três coisas que você compra na feira); e,
- j) teste de organização da escrita - provas de sintaxe, criação e síntese escrita.

O teste de reabilitação de Jakubovicz demonstra uma série de vantagens em relação a outros testes, pois com efeito: é elaborado na língua portuguesa; considera a necessidade de apoio terapêutico nas respostas (pistas de facilitação); considera a resposta emitida pelo Afásico e a sua capacidade de autocorreção sem ajuda externa. No entanto, apesar de ser mais crítico, é somente mais um teste com base na formalidade lingüística, com base no comando oral e pistas visuais, objetivando avaliar a capacidade de emitir palavras e compreender o que

é dito. O teste não avalia a linguagem em uso espontâneo, na interação, como condição da vida cotidiana, onde além da oralidade estão em jogo aspectos pragmáticos e interacionais.

Jackubovicz (1995, p. 283-285) realiza uma análise comparativa entre o seu Teste de Reabilitação, o Teste de Boston (escola Neoclássica), o Teste de Minnesota de Schuell e o Perfil Comunicativo Funcional de Taylor (escola pragmática), discutindo, entre outros pontos, as áreas avaliadas e as finalidades, conforme mostro a seguir:

Teste	Áreas avaliadas	Finalidades
Boston	Articulação, fluência, nomeação, linguagem seriada, parafasias, compreensão auditiva, leitura, gramática/sintaxe, repetição	Dar o diagnóstico e a classificação do tipo de afasia, avaliação do desempenho visando a evolução, exploração das possibilidades e déficits, estabelecer a severidade do caso
Minnesota	Compreensão, leitura, fala, linguagem, escrita, relação numérica, processos automáticos	Saber as habilidades lingüísticas em uso, saber os déficits, saber os fatores responsáveis pela desorganização lingüística
Perfil de Comunicação Funcional	Movimentação, expressão oral, compreensão, leitura e outras habilidades	Saber qual a performance funcional para compará-la ao seu nível pré-mórbido e estabelecer o desvio comportamental
Teste de Reabilitação	Compreensão/expressão da linguagem oral, compreensão da linguagem, compreensão/retenção/memória, raciocínio, expressão linguagem oral/evocação, organização, transposições lingüísticas (repetição/leitura/cópia/ditado), automatismos, compreensão, expressão e organização da escrita, compreensão/raciocínio.	Saber quais as áreas da linguagem mais prejudicadas e quais as mais preservadas, saber as facilitações necessárias para o trabalho de reabilitação

Quadro 1 - Análise comparativa de Jackubovicz (1995)

2.2.5 ESCOLA DE REORGANIZAÇÃO DA FUNÇÃO

A escola de reorganização da função (Escola Soviética), segundo Ortiz (1997, p. 949), foi difundida por Luria e seus seguidores. Nesse modelo, o sistema nervoso central funciona de forma integrada. A terapia objetiva reabilitar não apenas a afasia mas todos os demais distúrbios neuropsicológicos. O processo terapêutico é pensado à luz do pensamento vigotskyano, onde as funções mentais superiores são construídas ao longo do desenvolvimento humano e mediadas socialmente, ou seja, a mente não é consequência de uma estrutura biológica inata, ao inverso, é consequência das experiências que se constituem nas relações sociais. Nesse sentido, Leontiev (1977) comenta:

[...] a criança não nasce com órgãos preparados para cumprir funções que representam o produto do desenvolvimento histórico do homem; estes órgãos desenvolvem-se durante a vida da criança, derivam da sua apropriação da experiência histórica. (p. 13).

Assim, Luria propõe uma avaliação que objetiva diferenciar a afasia de alterações não afásicas como a disartria, e descrever a afasia através das seguintes investigações: das funções não verbais, dos processos gnósticos, do reconhecimento visual dos objetos, da integração espacial, da integração seqüencial, da praxia, da organização aferente dos movimentos, da organização dinâmica dos movimentos, dos processos verbais, da linguagem expressiva, da linguagem receptiva e do cálculo.

De acordo com esta proposta, a afasia pode ser classificada em seis tipos:

- a) **afasia motora aferente** - é uma alteração primária que reside na falta de sensação dos posicionamentos da fonoarticulação. Quando o Afásico encontra a postura articulatória correta, a emissão ocorre sem distorção;
- b) **afasia motora eferente** - é quando existe uma dificuldade na produção de sons em combinação serial. Nos casos mais graves, a emissão de palavras e frases pode tornar-se impossível;
- c) **afasia dinâmica** - é caracterizada por dificuldades na linguagem espontânea mesmo estando com a capacidade de emissão preservada. O Afásico é capaz de participar de um diálogo com respostas prontas (como positivas ou negativas) sem emitir respostas sofisticadas;
- d) **afasia sensorial** - é caracterizada pela perda da audição fonêmica, ou seja, o Afásico ouve perfeitamente mas apresenta dificuldade na discriminação de sons da Língua;
- e) **afasia acústico-amnésica** - é caracterizada pela instabilidade para reter séries articulatórias, falhas na compreensão e na denominação de objetos, anomias, parafasia; e,
- f) **afasia semântica** - promove desorientação espacial, apraxia de construção espacial, acalculia e agnosia.

Apesar da epistemologia sócio-histórica considerar a interação social como elemento fundamental para o desenvolvimento e a reabilitação cognitiva e permitir uma noção mais ampla de linguagem, a terapia com base neste modelo segue a tendência da estimulação das funções alteradas, na perspectiva do funcionamento do sistema nervoso central como unidades interligadas.

2.2.6 ESCOLA NEUROLINGÜÍSTICA

A escola neurolingüística está baseada, sobretudo, em teorias lingüísticas e contrapõe-se aos critérios puramente neurológicos de avaliação da afasia.²³ Nesta perspectiva, incluem, também, os trabalhos orientados pela Análise do Discurso e pela teoria Lingüística Interacionista na área da aquisição da linguagem. No entanto, alguns trabalhos, como por exemplo Coudry (1988), estão situados, a meu ver, na interface destas teorias com a Pragmática Lingüística, ou seja, no diálogo possível entre o Modelo Pragmático, a Análise do Discurso e a Teoria Interacionista em aquisição da linguagem.²⁴

Nesse modelo de escola, destaca-se a proposta pioneira de Jakobson (1991, p. 41-62), que define dois tipos de afasia:

- a) o **distúrbio da similaridade** - que reside na dificuldade de seleção e na substituição; e,
- b) o **distúrbio da contigüidade** - que implica na dificuldade de combinação e de contextura, com uma retenção relativa das operações de seleção e substituição normais.

No primeiro tipo de afasia, ou seja, o da **similaridade**, o contexto é um fator indispensável e decisivo, isto é:

Quanto mais seus enunciados dependam do contexto, melhor se haverá ele em sua tarefa verbal. Sente-se incapaz de emitir uma frase que não responda ou a uma réplica do interlocutor ou a uma situação efetivamente presente. A frase “chove” só poderá ser dita se o que pronuncia perceber que realmente chove (JAKOBSON, 1991 p. 42).

Neste caso, a linguagem do Afásico é meramente reativa, ou seja, o Afásico tem dificuldade em iniciar um diálogo, mas consegue continuar uma conversa.

²³ (cf. JAKOBSON, 1991).

²⁴ Como diálogo possível, refiro-me à discussão comum de que linguagem não é um mero processo de codificação e decodificação de uma mensagem, mas um fenômeno que se constitui no contexto das relações, muito embora tais abordagens concebam o contexto e a relação de diferentes formas. Além disso, seja como ação consciente e intencional, seja como discurso ou relação dialógica inconsciente, a linguagem emerge em um modo de vida específico da qual somos ou estamos inseridos.

No segundo tipo de afasia, o distúrbio da **contigüidade**, existe uma deterioração da capacidade de construir proposições, ou seja, de combinar entidades lingüísticas mais simples em unidades mais complexas, caracterizando uma deficiência quanto ao contexto, fazendo com que a extensão e a variedade das frases diminuam. As regras sintáticas, que organizam as palavras em unidades mais altas, perdem-se, degenerando a frase num simples “monte de palavras” que caracterizam o agramatismo (JAKOBSON, 1991 p 51).

Vieira (1992, p 165-169) relata que Jakobson parte do pressuposto de haver uma regressão a estados anteriores de desenvolvimento da linguagem, principalmente o fonológico, tomando como base a teoria neuropsicológica proposta por Luria. Entre outros representantes da Escola Neurolingüística, temos Hecaen, Ajuriaguerra, Lebrun e Coudry.

De uma forma geral, pode-se verificar que a Neurolingüística favoreceu a ampliação da discussão sobre a necessidade de condições contextualizadas e mais eficientes de avaliação e de tratamento da linguagem afásica, estimulando o estabelecimento de critérios e instrumentos pragmáticos ou funcionais e discursivos.

2.2.7 ESCOLA PRAGMÁTICA

A escola pragmática é fundamentada por teorias lingüísticas pragmáticas e tem como principal objetivo melhorar a condição do Afásico no seu cotidiano, sendo que a preocupação com a comunicação é mais importante do que a própria linguagem. Ou seja, na crença representacionista de que a comunicação é a principal função da linguagem, a terapia deve permitir que o paciente consiga o máximo de comunicação no seu dia a dia, utilizando principalmente recursos extralingüísticos ou métodos alternativos. A escola tem como princípios gerais a livre escolha de papéis, do material utilizado e do canal de comunicação que venha a ser utilizado.

Nesse modelo, pode-se incluir a proposta de avaliação desenvolvida por Taylor (1972), que avalia a velocidade, a precisão, a consistência e o controle voluntário da linguagem através de cinco categorias operacionais, quais sejam:

- a) **movimentação** - habilidade para imitar movimentos orais, tentativas de comunicar, habilidades para dizer sim e não, habilidade para indicar o andar do elevador, uso de gestos;
- b) **expressão oral** - cumprimentar as pessoas, falar o seu próprio nome, falar as palavras, saber empregar os verbos, saber empregar a combinação substantivo/verbo, falar frases não automáticas, construir frases mais longas, dar ordens a alguém, falar no telefone, construir frases pequenas e complexas;
- c) **compreensão** - ter consciência do som, da entonação afetiva da voz e de sua própria fala, atender seu próprio nome, reconhecer o nome dos familiares, compreender o significado dos verbos, compreender ordens dadas por gestos, compreender ordens dadas verbalmente, compreender conversação simples com uma só pessoa, compreender um programa de televisão, compreender uma conversação com duas pessoas, compreender um filme no cinema, compreender ordens verbais complicadas, compreender uma conversação rápida e complexa;
- d) **leitura** - ler palavras isoladas, ler o material de reabilitação, ler placas de sinalização na rua, ler as manchetes de jornal, ler uma carta, ler artigos de jornal, ler revistas e ler livros;
- e) **outras habilidades** - escrever o seu próprio nome, orientar-se no tempo e no espaço, habilidade para copiar, habilidade para fazer um ditado, habilidade para manipular o dinheiro, usar a escrita ao invés da fala e habilidades para usar cálculos matemáticos.

Embora a autora sugira que a maneira ideal de avaliar seja observando o paciente no seu dia a dia, a sua terapia tem um caráter entrelaçado com os modelos das escolas didática, comportamental e de estimulação da linguagem, uma vez que a terapia é sistematizada em dez passos, que podem ser resumidos em: cópia, ditado, repetição, leitura e nomeação. Além, disso, existem listas do que se deve e não do que se deve fazer e das 100 palavras básicas para a terapia (em língua inglesa).

2.2.8 ESCOLA DE NEUROPSICOLOGIA COGNITIVA

Na escola de neuropsicologia cognitiva, a terapia está fundamentada nas teorias e modelos funcionais sobre o processamento normal da linguagem discutidos no âmbito da Ci-

ência Cognitiva. Ela segue fundamentalmente as proposições cognitivista e conexionista com base na crença de que a linguagem é parte da estrutura cognitiva do ser humano que, por sua vez, é a representação internalizada de um mundo que está pronto, constituído de propriedades particulares como cor, movimento, som, entre outras. Para um melhor entendimento, vale recordar os três estágios da Ciência Cognitiva:

- 1) o **cognitivismo** - que pode ser considerado o núcleo da Ciência Cognitiva, compreende a cognição como representação mental, ou seja, a mente opera símbolos que representam características do mundo;
- 2) a **emergência** ou **conexionismo** - o processamento simbólico é compreendido como operações distribuídas que se estendem por uma rede completa de componentes, e não como uma ação isolada, localizada, do sistema nervoso central, diferentemente do cognitivismo. No conexionismo, a *neuroplasticidade* é um conceito clássico que, de forma genérica, significa a capacidade de uma determinada região do sistema nervoso aprender a executar a função de uma outra região que foi lesada; e
- 3) a **enacção**, que questiona a centralidade da noção de representação no estudo da cognição, defendendo a tese de que a cognição é atuação de um mundo e de uma mente com base numa história da variedade das ações que um ser executa no mundo.²⁵

Todavia, se a cognição humana for entendida como uma forma de constituição que emerge no fluir das condutas sociais, conforme propõe a *Biologia do Conhecer*²⁶, ao invés de uma forma de representação nos moldes do cognitivismo, a terapia com o Afásico poderá ser pensada biologicamente na ordem relacional, onde a noção de estados mentais como um processo mecânico de codificação e de decodificação que representa o meio é substituída pela noção de um processo dinâmico de inferências e interações constitutivas da realidade.

EM RESUMO

Da análise deste modelo de classificação citado, concluo que:

- a) esse modelo de classificação precisa ser repensado, sendo necessário considerar, fundamentalmente, duas questões: a existência de diferentes propostas teó-

²⁵ Para compreensão aprofundada sobre a questão remeto o leitor à leitura de Varela, Thompson e Rosch (1991).

²⁶ Os conceitos da *Biologia do Conhecer* serão esclarecidos adiante.

ricas em cada modelo de escola, como por exemplo, nos modelos comportamental, neurolingüístico e da neuropsicologia cognitiva; e, que algumas propostas teóricas não são de cunho terapêutico, uma vez que voltam-se essencialmente para a afasia e vêem o tratamento como uma mera estimulação da linguagem verbal.

- b) enquanto algumas escolas negligenciam claramente o cotidiano, ficando centrados apenas nos aspectos da oralidade e da escrita; outros destacam, de forma superficial ou crítica, a sua importância no processo terapêutico;
- c) os diferentes modelos de escolas refletem a evolução histórica na afasiologia e nem sempre apresentam limites rígidos entre si, ou seja, apesar das divergências entre alguns modelos, a interface e a complementaridade é muitas vezes possível, como por exemplo, entre os modelos neurolingüístico, pragmático e da neuropsicologia cognitiva;
- d) no âmbito do tratamento fonoaudiológico a avaliação e a terapia seguem, muitas vezes, orientadas por diferentes escolas, como por exemplo, propostas onde a avaliação pode estar fundamentada em um modelo pragmático e a terapia em um modelo de estimulação da linguagem. Ou ainda, propostas onde a avaliação pode estar pautada no modelo neuropsicológico e a terapia em um modelo didático, entre outras possibilidades;
- e) é no contexto da interface entre as escolas neurolingüística, pragmática e neuropsicológica, que esta pesquisa se insere.

No contexto dessas escolas, tanto a prática terapêutica orientada pela Neurolingüística com base na Análise do Discurso de linha francesa (AD), na Psicanálise e na Concepção Interacionista em Aquisição da Linguagem;²⁷ quanto a prática orientada pela Neurolingüística com base na Pragmática e na Ciência cognitiva, contribuem de forma significativa para pensar a avaliação e a terapia em uma perspectiva não neurológica. De alguma forma, contribuem para o necessário resgate do processo de humanização do Afásico na clínica de fonoaudiológica, como lembra Vieira (1998):

a Clínica da linguagem não se faz sem que se leve em conta o sujeito, o que já não é sem tempo. Difícil não reconhecer que o sujeito que sofre com a sua doença, a afasia, entra em nossos consultórios. Estou querendo dizer que uma abordagem que prioriza o cérebro, a estimulação para a reorganização cerebral, deixa, com frequência, o sujeito de fora. Penso que, na clínica da afasiologia (como nas demais), é importante refletir, teorizar sobre a situação do sujeito que se queixa de não poder falar, quando antes conseguia, e sofre com isto (p. 86).

²⁷ Estou me referindo a Teoria de Aquisição da linguagem de Cláudia de Lemos que fundamenta uma série de estudos na área da Fonoaudiologia e de vários grupos de pesquisa da UNICAMP e da PUC de São Paulo.

Porém, em relação ao primeiro tipo de prática citado,²⁸ existem pontos contraditórios que, para esta pesquisa, merecem ser destacados:

- a) resgata a noção de sujeito no campo da linguagem e busca superar o conceito de linguagem como processo mecânico de codificação e decodificação. Mas com uma noção de sujeito inconsciente, que vive na ilusão de ter domínio sobre a linguagem, pode orientar práticas onde paradoxalmente o sujeito é ignorado, relembrando as posturas clássicas da Lingüística e do Cognitivismo da Ciência Cognitiva;
- b) adota uma postura inata ao trabalhar com a noção de que já nascemos em um mundo de linguagem, mergulhados em um mundo discursivo que vai nos constituir. Assim, temos o seguinte dilema: por um lado estas propostas negam o caráter inato associando-o diretamente à Biologia em um sentido localizacionista, por outro colocam a linguagem em uma perspectiva inata uma vez que está centrada na crença de que já estamos, sem nenhuma possibilidade de escolha, desde o nascimento (ou até mesmo antes dele) inseridos em um universo de linguagem que nos constituirá enquanto sujeitos. Portanto, permite pensar que a questão crucial parece não ser se a linguagem é ou não é inata, mas ser onde está o inato, ou seja, no corpo/mente ou na relação social. Nesse contexto, parece importante aprofundar a relação biológico-social sem que uma instância não seja reduzida à outra.²⁹
- c) mantendo uma discussão sobre a relação em um plano inconsciente (fora do consciente) em que a pessoa não tem domínio, estas propostas esquecem de considerar, ou de fazer uma reflexão mais apurada, de que a relação terapêutica não acontece em um plano exclusivamente inconsciente;
- d) tendem a negar a importância biológica para a linguagem humana, reduzindo a Biologia aos modelos da neurologia localizacionista e do cognitivismo da Ciência Cognitiva.

Portanto, parece que a Fonoaudiologia não pode ficar cega diante do remoto dilema entre o sujeito pragmático da Lingüística, que age e escolhe, e o sujeito em uma perspectiva da Análise do Discurso e da Concepção Interacionista em Aquisição da Linguagem, que

²⁸ Estou me referindo aos trabalhos fonoaudiológicos de Freire (1996), Tubero (1996), Vieira (1998) e outros nesta mesma perspectiva.

²⁹ Com objetivo de iniciar uma discussão sobre esta questão, elaborei um artigo (não publicado) para a disciplina de Análise do Discurso do Curso de Mestrado em Ciências da Linguagem (2002), intitulado *Redimensionando o conceito de inatismo em aquisição da linguagem*. A idéia do artigo nasceu da indagação de que se é possível acreditar que a linguagem é inata sem que este inato esteja correlacionado diretamente com a ordem biológica. Atualmente, após o contato com a Biologia do Conhecer, compreendo que é possível pensar que a linguagem é inata em uma perspectiva onde o relacional (ordem das condutas) e o biológico estão entrelaçados. Ou seja, a linguagem é inata não porque o ser humano nasce com proposições ou regras mentais (cerebrais), mas porque está inserido em um viver específico, consensual e recursivo desde o seu nascimento.

não tem nenhum domínio sobre o seu fazer e o seu dizer. Não se pode, diante do reducionismo científico que tende a definir o ser humano em uma única perspectiva, manter-se ingênuo.

Nesse sentido, a terapia fonoaudiológica não pode ser uma mera colagem teórica da Lingüística. É possível reconhecer que o ser humano é um ser heterogêneo, que se faz a cada dia e no dia a dia, nunca é o mesmo, é consciente e inconsciente; é crítico e ingênuo. É um ser que, mediante as circunstâncias, às vezes escolhe, às vezes não escolhe, que ao mesmo tempo que faz a sua vida é por ela conduzida sem perceber.³⁰

Assim, tanto a Pragmática Lingüística, quanto a Análise do Discurso de linha francesa (AD) e a Concepção Interacionista em Aquisição da Linguagem podem contribuir para se (re)pensar a clínica fonoaudiológica, mas, em nenhuma hipótese, apresentam condições de explicá-la em sua totalidade, sobretudo, porque esses nunca foram os seus objetivos.

É com base na relação com o sujeito Afásico e não com a afasia; no *fazer* ou no *como se diz*, e não propriamente no *dizer*, que a incapacidade e o processo de recuperação podem ser pensados pelo fonoaudiólogo. É na relação de convivência, no modo de viver, que a vida do Afásico poderá ser (re)estabelecida. Portanto, a meu ver, não é adotando posturas rígidas no tocante à linguagem, orientadas pela Lingüística, que se formulará propostas teóricas significativas na área da afasiologia. Proponho a necessidade de compreender a relação de convivência e o modo humano de viver, articulando o conhecimento de diferentes teorias, buscando identificar formas de auxiliar o Afásico em seu processo de recuperação. Desta forma, a seguir, apresento as contribuições da Pragmática neste sentido

³⁰ Em oposição à noção psicanalítica de sujeito inconsciente temos a noção existencialista pautada na idéia de que a vida do sujeito é o projeto de vida que ele próprio cria. Para melhor compreensão sugiro a leitura de “Ensaio de fenomenologia ontológica: o ser e o nada”, de J. P. Sartre, 1997.

2.3 CONTRIBUIÇÕES DA PRAGMÁTICA

Dentre as contribuições da Pragmática para esta pesquisa, temos a noção de linguagem com base no reconhecimento dos aspectos extralingüísticos, da importância das inferências e da necessidade de repensar a relação de causalidade direta entre linguagem verbal e a comunicação.

Para facilitar a compreensão desta noção pragmática de linguagem, apresento, resumidamente, alguns percursos que a pragmática lingüística estabeleceu no sentido de dar à linguagem uma noção que superasse as dicotomias estabelecidas por Saussure, o modelo cognitivista inatista de Chomsky e a idéia de significado distanciada do contexto na perspectiva da Semântica Lógica.³¹

Tais percursos envolvem o movimento pragmático da Filosofia Analítica de Wittgenstein, com a noção de jogo de linguagem; de Austin, com a discussão sobre os atos da fala; de Grice, com a teoria inferencial das implicaturas; e de Sperber e Wilson, com o conceito de relevância.

Conforme Jakobson (1991, p. 44), desde a alta idade média, nos estudos sobre a linguagem, afirmou-se que a palavra fora do contexto não tem significado. Além disso, é possível questionar o significado como uma mera referência ou idéia da palavra, conforme a teoria referencial e a teoria ideacional, respectivamente³².

³¹ Para uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento da pragmática, sugiro a leitura do artigo “Sobre alguns caminhos da pragmática” (GUIMARÃES, s.d.).

³² (cf. LIMA, 1983).

Assim, acredita-se que o contexto, a intenção e a relevância são elementos significativos para a constituição da linguagem e da comunicação. Porém, estes elementos são definidos de diferentes formas pelas Ciências da Linguagem.

Wittgenstein (1994) posiciona-se contra o modelo mecânico de codificação e decodificação do processo de comunicação, introduzindo a noção de jogo de linguagem. Sugerindo, por exemplo, que compreender uma frase como pergunta, afirmação ou ordem são apenas três possibilidades de jogos que a circunstância pragmática poderá determinar. Desta forma, o significado e a compreensão de algo seriam determinados pelo jogo em questão entre os interlocutores, e não pela representação (referência) ou pela idéia de que a palavra ou frase suscita, bem como, não existiria um contexto pré-determinado para o significado.³³

Outro importante filósofo da tradição da Filosofia da Linguagem ordinária foi Austin (1990), que permitiu distanciar a linguagem de uma noção formal e desumanizada caracterizando-a como forma de atuação sobre o real, como ação. Possibilitando pensar a linguagem na cotidianidade da pessoa e não apenas em sua função comunicativa.³⁴

Em relação a teoria de Grice, Costa (1984) comenta que, a partir do artigo *Logic and conversation*, Grice provocou um dos maiores impactos teóricos na história das pesquisas da pragmática. Preocupado em descrever e explicar como um enunciado pode significar mais do que literalmente expresso, ou seja, em compreender como os efeitos de sentido vão além do que é dito, elaborou a noção de **implicatura convencional**, que está associada ao significado convencional das palavras e, de **implicatura conversacional**, que está determinada por certos princípios básicos do ato comunicativo, não dependendo da significação usual.

³³ Para melhor compreensão sugiro a leitura do livro “Investigações filosóficas”, de Wittgenstein (1994).

³⁴ Sugiro a leitura de *Quando dizer é fazer* (AUSTIN, 1990).

Grice defendeu a idéia, de que o diálogo é governado por leis implícitas, inconscientes, que denominou **princípio de cooperação**. Tal princípio, permite ao falante e ao ouvinte não perder o controle do diálogo, ou seja:

[...] os interlocutores trabalham a mensagem lingüística de acordo com certas normas comuns que caracterizam um sistema cooperativo entre eles, para que as informações possam ser trocadas o mais univocamente possível. Grice chama, a esse conjunto de regras, “princípio de cooperação.” Não é possível, nem imaginável, segundo ele, que um ato comunicativo pudesse ser totalmente livre, a ponto de falante e ouvinte perderem o controle do próprio jogo (COSTA, 1984).

O trabalho de Grice permite pensar uma nova abordagem comunicacional, onde entre a produção do enunciado pelo falante e a compreensão pelo ouvinte, existe um processo de inferência que transcende a idéia mecânica de decodificação da informação

Dando continuidade à teoria de Grice, surge a Teoria da Relevância (TR) de Sperber e Wilson que, segundo Silveira e Feltes (1999), parte da proposição de que comumente prestamos atenção a estímulos que, em alguma medida, vêm ao encontro de nossos interesses ou que se ajustam às circunstâncias do momento. Sperber e Wilson defendem que participam da comunicação processos de decodificação que não têm natureza inferencial, servindo de base para os raciocínios inferenciais humanos. Na teoria da Relevância, a noção de implicatura desdobra-se em premissas e conclusões implicadas, que não partem necessariamente do dito, ao contrário de Grice, onde a implicatura parte do dito e vai além dele.

Nesse sentido, a teoria da Relevância caracteriza-se como um modelo ostensivo-inferencial, ou seja, é ostensiva da parte do comunicador e, é inferencial da parte do ouvinte. Nesse processo, está em jogo a relação entre **efeito contextual**, que é a mudança de crença do indivíduo a partir da combinação entre as suposições da informação com as já existentes, e o **esforço de processamento**. Essa relação implica diferentes graus de relevância, ou seja,

quanto mais efeitos contextuais e menos esforço de processamento, maior a relevância; quanto menos efeitos contextuais e mais esforço de processamento, menor a relevância; entretanto, um maior esforço de processamento, compensado por mais efeitos contextuais, aumenta a relevância (SILVEIRA e FELTES, 1999, p. 40).

Assim, uma suposição só será relevante se tiver efeitos contextuais, que podem ocorrer de três modos, por:

- a) **implicação contextual** - que consiste na suposição resultante da combinação de informações velhas com informações novas;
- b) **fortalecimento ou enfraquecimento de suposições** - quando uma informação já existente é reforçada ou enfraquecida, não necessariamente pela obtenção de uma nova informação; e,
- c) **eliminação de suposições contraditórias** - quando diante de duas suposições contraditórias, a mais fraca, é eliminada.

No processo de interpretação, a teoria hipotetiza três níveis representacionais:

- a) o nível da forma lógica - dependente da decodificação lingüística;
- b) o nível da explicatura - é desenvolvida através de processos inferenciais de natureza pragmática; e,
- c) o nível da implicatura - é o cálculo que a pessoa faz, que parte da explicatura para a construção de inferências pragmáticas.

Na teoria da Relevância, o significado é construído na relação através de um processo ostensivo-inferencial, onde está em jogo a relação entre efeitos contextuais e esforço de processamento.^{35, 36}

A partir dessa exposição, verifica-se que a linguagem pode ser interpretada não mais na ordem daquilo que é dito, pressupondo uma mensagem pronta e dissociada do sujeito e do mundo, mas na ordem da relação entre os dizeres e seus subentendidos, como um processo ativo, dinâmico, construído nas relações. Sendo assim, o significado da palavra e o seu

³⁵ Segundo Silveira e Feltes (1999 p. 40-44) **efeitos contextuais** são as mudanças nas suposições por decorrência de uma nova informação, fazendo com que tais suposições sejam evidenciadas ou contraditas, podendo ocorrer de três formas: por implicações contextuais, que são suposições resultantes de combinações de informações velhas com novas; força das suposições, quando uma suposição é reforçada ou enfraquecida pela presença de uma outra informação e quando entre duas suposições, a mais fraca, isto é, com menos evidências, é eliminada. O **esforço de processamento** é o dispêndio de energia mental, em nível de memória e raciocínio, considerando que a mente segue o princípio de conseguir o máximo de efeitos com o mínimo de esforço.

³⁶ O diálogo entre a T R e a Biologia do Conhecer poderá contribuir para o aprofundamento do estudo sobre linguagem e cognição humana. Este diálogo vem sendo realizado pelo Dr. Fábio J. Rauen no projeto “Biologia da Relevância” do Grupo de Pesquisa em Práticas Discursivas e Tecnologias da Comunicação do Programa de Pós Graduação em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

entendimento dependem necessariamente da relação que se estabelece entre os sujeitos, sejam eles Afásicos ou não.

Em resumo, em uma concepção pragmática, a linguagem pode ser pensada como construção conjunta entre sujeitos em interação, o que contribui para pensar a reestruturação da linguagem do Afásico a partir da interação entre terapeuta e paciente. Assim,

um lingüista bem formado advertiria logo que, em uma prática que se dá com o sujeito e visa à avaliação dos efeitos patológicos e a reconstituição desse sujeito, não se devem tomar como quadro de referência modelos teóricos que excluem, por pressuposto metodológico, o próprio sujeito. Aliás, parece que tais modelos em nada alteram a prática efetiva com os Afásicos (COUDRY, 1988, p. 33).

Na verdade, a meu ver, a busca em compreender a linguagem humana de forma científica, promoveu um processo de desumanização semelhante ao que ocorreu na busca pela compreensão sobre a doença, conforme explica Bueno:

O desenvolvimento da ciência moderna tirou a doença do campo da explicação sobrenatural e possibilitou a intervenção controlada, a descoberta de agentes nocivos à saúde e aumentou as possibilidades de sobrevivência do homem. Pôr outro lado, o conhecimento científico produzido sobre ela tem sido utilizado como forma de dominação, na medida em que a doença foi desumanizada, tornando-se uma entidade abstrata (1999, p. 42).

Em outras palavras, a linguagem passou a ser uma entidade própria, capaz de ser observada, analisada e compreendida sem a necessidade de olhar para o indivíduo. Assim como avaliar ou tratar a afasia passou a ser testar, descrever, identificar e tentar modificar a estrutura lingüística alterada na fala ou na escrita, e não o buscar conhecer e auxiliar o indivíduo que perdeu sua condição de, consciente e/ou inconscientemente, agir, posicionar-se e interagir de forma plena pela linguagem nas relações cotidianas.

Assumindo a linguagem como uma forma de agir no mundo, que envolve aspectos lingüísticos e extralingüísticos, e a comunicação como um processo dinâmico construído na relação locutor e interlocutor, ao invés de codificação e decodificação mecânica de uma

mensagem, conforme demonstrado nesta seção, apresento, a seguir, a importância dos trabalhos de Lebrun e de Coudry para esta pesquisa.

2.4 ABORDAGEM NEUROLINGÜÍSTICA DE LEBRUN E DE COUDRY

Ao afirmar que a Neurolingüística enquanto ciência não é um amálgama de noções vindas da Neurologia e da Lingüística, Lebrun (1983, p. 5) destaca que não é a linguagem em si mesma que interessa ao Neurolingüista, mas aquele que utiliza a linguagem. Isso implica que, no âmbito da afasiologia, o interesse da neurolingüística não é pela afasia enquanto linguagem desestruturada, mas pelo Afásico.

Lebrun também destaca, fundamentado em diversos autores, que os testes de avaliação para as afasias são bastante semelhantes e insuficientes, podendo levar a resultados enganadores. Mesmo os testes informais, que imitam situações cotidianas podem mascarar a capacidade real do Afásico.

Assim, refletindo sobre a necessidade de uma nova perspectiva para a recuperação da linguagem do Afásico, Lebrun (1983) destaca que os Afásicos devem ser testados na vida real e que a finalidade da terapia da linguagem não é a agilidade lingüística mas a reintegração social. Afirma que muitos Afásicos jamais poderão recuperar a sua capacidade verbal, devendo ser ensinados a se adaptar ao seu distúrbio residual.

Se se quiser medir a eficácia da terapia da afasia deverão ser planejados outros processos estimativos, que avaliem como o paciente realmente se comporta em sua casa, em lojas ou no trabalho, onde a linguagem é usada não pelo seu valor intrínseco, mas para transmitir informações. Tal avaliação é vital e não pode ser substituída por uma estimativa baseada em uma conversa informal com um médico conhecido do paciente (p. 104).

Este comentário de Lebrun gerou o problema e os objetivos deste trabalho, bem como apontou para a necessidade de se buscar um suporte teórico que permitisse uma melhor compreensão do que é uma reintegração social.

É importante destacar que, para avaliar o Afásico em situações reais de vida, será necessário pensar em “como” avaliá-lo em tais situações, bem como se esta forma de avaliar poderá contribuir para uma melhora da sua condição afásica. O próprio Lebrun (1983, p.104) afirma que o problema da afasia não é apenas uma questão de meios lingüísticos que não estão mais disponíveis, mas é também um problema de autoconfiança e, nesse sentido, Jakubovicks (1996, p. 9) complementa chamando atenção para o sentimento de “impotência” que o Afásico desenvolve e para a necessidade de se estudar esta questão mais a fundo.

Portanto, o problema da linguagem do Afásico pode não ser apenas uma questão lingüística de oralidade ou escrita, mas também uma questão da possibilidade de interação e da individualidade que é afetada. Neste processo, a adaptação à nova condição e a reintegração social são aspectos fundamentais para a recuperação das condições de produção da linguagem e da individualidade. Sendo que o fonoaudiólogo, independente da proposta terapêutica, deve se sensibilizar, deve ser orientado não por métodos ou exercícios vagos, mas pela relação terapêutica e suas indicações quanto à demanda, à necessidade e o desejo da pessoa afásica, ou seja:

Qualquer reeducação é, inicialmente, a adaptação a um processo patológico específico, adaptação que deve visar, por um lado, a reconstruir o que estiver alterado, e por outro lado, a compensar o que foi perdido, utilizando o que estiver conservado [...] e também a adaptação a um paciente, com seus hábitos profissionais e culturais, sua família, seu meio, sua personalidade e sua idade; um paciente que também, vive, de maneira específica, seu handicap, freqüentemente associado a uma hemiplegia, cuja repercussão social é sempre grande [...] Reeducar a linguagem mas também assumir o paciente: isto subentende, necessariamente, relações interpessoais que não poderiam ser satisfeitas com soluções frias e fixas (TISSOT *apud* LHERMITTE, 1998, p.1).

Muito embora em alguns modelos a interação e o paciente fossem pontuados como prioridades no tratamento, as terapias encontravam e encontram uma série de dificuldades para superar a atuação com base em atividades mecânicas e descontextualizadas onde somente a afasia, enquanto conjunto de sintomas lingüísticos, é considerada.

Na mesma perspectiva de Lebrun, Coudry (1988) assume uma postura que se fundamenta na pragmática e na Análise do Discurso, associada à proposta Interacionista em Aquisição de Linguagem, demonstrando sua preocupação terapêutica com o Afásico e não necessariamente com a afasia, interpretando-o como um ser que não é totalmente pleno e nem totalmente reflexo frente à linguagem. Essa perspectiva parte da proposição de que:

o sujeito não é alguém que é soberano em relação a 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 e psicanalítico, biológico e lingüístico (COUDRY, 1988, p. 67).

Nesse contexto, Coudry destaca que os procedimentos clássicos de avaliação da Neurolingüística, incluindo as baterias de testes, apresentam as seguintes inadequações:

- a) são descontextualizados;
- b) existe predominância de tarefas metalingüísticas;
- c) estão fundamentados na língua escrita; e,
- d) apresentam insuficiência nos resultados empíricos.

Buscando superar tais inadequações, Coudry sugere novos critérios e estratégias para a avaliação e o tratamento do Afásico. Entre eles pode-se destacar:

- a) como **critérios**,
 - situações discursivas e dialógicas como condição de produção da linguagem, como modo de ação primeiro em que se exercita a linguagem oral,
 - o conhecimento mútuo como elemento que constitui o conjunto de pressuposições indispensáveis ao diálogo e à determinação pragmática da significação nas situações discursivas,
 - o papel do acompanhante, como aquele que compartilha com o Afásico conhecimentos, relações e pressuposições;

b) como **estratégias ou recursos**,

- agenda - que tem como objetivo propiciar uma fonte de dados atuais do sujeito que possam constituir o enredo dos diálogos,
- álbum de retratos - que tem como objetivo criar procedimentos onde o Afásico possa ser predominantemente locutor,
- caderno de atividades - que possibilita um meio a mais de conhecer o Afásico e desenvolver novos pontos de interesse comum,
- interação com a família - que constitui um meio indispensável para que se estabeleça com o Afásico um relação adequada e fecunda, que permite conhecer melhor e mais amplamente o sujeito Afásico e avaliar em diferentes condições suas dificuldades, que podem integrar situações de atividades tanto domésticas, quanto de trabalho e alternativas;
- fatos e atividades de interesse pessoal - que envolve o aproveitamento por parte do terapeuta de certos fatos do cotidiano que permitem atividades discursivas e temas de conversação.

Em seu trabalho, Coudry busca mostrar ainda que a clínica da afasia foi prejudicada pelo reducionismo oriundo da aplicação dos modelos da Lingüística.

Uma observação curiosa é a de que a afasiologia, pelo menos no que diz respeito às relações do médico com os Afásicos, foi prejudicada com a incorporação inadvertida de modelos redutores da linguagem procedentes da Lingüística. Talvez porque o objeto de estudo lingüístico, antes de Saussure, se estendia, mesmo que pretensiosamente, a todas as manifestações da fala, em todos os indivíduos na sua ação recíproca, em um espaço cultural, histórica e socialmente delimitado (COUDRY, 1988 p. 35).

A observação de Coudry é justificada pela prática do afasiologista Lordat que, parafraseando a autora, lidava com seus pacientes fazendo da clínica um campo de estudo; a conversação era a estratégia para a avaliação e para o acompanhamento do paciente; o diagnóstico era formulado a partir da produção original; o seu trabalho se caracterizava pela convivência que se estendia à família e ao ambiente de trabalho; a observação não se restringia apenas às questões lingüísticas, mas se ampliava a todas as manifestações; propunha a valorização de um conhecimento recíproco que buscava ampliar na relação interpessoal; e, incluía a discussão com os pacientes de suas dificuldades, estabelecendo tanto quanto possíveis relações simétricas.

Vale ressaltar, que este modelo de terapia adotado por Lordat está diretamente relacionado com sua experiência de vida no século XIX, mais precisamente em 1825. Ao sofrer um quadro de afasia e ter se recuperado posteriormente, pôde vivenciar não apenas as dificuldades de linguagem, como situações de preconceito e de descrédito social:

Certo dia, dois colegas foram visitá-los. Por ter deixado de responder às suas perguntas de como se sentia e de seguir ordens que lhe deram para testá-lo, os colegas pensaram que sua compreensão verbal estivesse totalmente prejudicada e um deles comentou que Lordat estava acabado. No entanto, com o tempo, o paciente recuperou-se e repreendeu seu colega por ter falado palavras tão desencorajadoras (LEBRUN, 1983, p.101 *apud* BAYLE, 1939, p. 33).

Sacks (1988) relata que na relação profissional com a doença é fundamental não esquecer o *ser*, e que o estudo da doença e da identidade do paciente não podem ser dissociados, gerando a necessidade de se criar uma nova disciplina para compreender as desordens neurológicas, entre elas a afasia, intitulada “neurologia do self”. Assim, diz ele:

Para que neurologia e psicologia alcancem suas metas, é muito importante a essência do ser do paciente, pois a sua personalidade que está essencialmente envolvida e os estudos da doença e da identidade não podem ser dissociados. Tais desordens, bem como sua representação e seu estudo, impõem na verdade uma nova disciplina, que podemos chamar de “neurologia do self”, pois trata das bases neurais do self, do antiquíssimo problema de mente e cérebro. É possível que seja necessária a existência de um abismo entre o psíquico e o físico; mas estudos e relatos que tratem simultaneamente e inseparavelmente de ambos [...] podem, não obstante, servir para aproximá-los, para nos colocar na exata intersecção de mecanismo e vida, na relação entre processos fisiológicos e biografia (p. 10).

Dando continuidade, o autor diz que a tradição clínica generosamente humana alcançou seu auge no século XIX e entrou em declínio a partir de uma neurologia imparcial, a partir daquilo que pode ser interpretado como sendo parte do processo de desumanização da doença, ou seja, quando a doença começou a ser a prioridade e o doente a ser negado.

Se por um lado o trabalho de Lebrun inspirou a realização desta pesquisa, conforme citado anteriormente, por outro o trabalho de Coudry fortaleceu esta inspiração indicando, sobretudo, que é possível buscar uma prática clínica diferenciada. Porém, busco estabelecer não apenas situações contextualizadas de trabalho, mas procedimentos para a reabili-

tação com base no viver humano. Nesse sentido, nos próximos capítulos, pretendo definir sociológica e biologicamente como se constitui este viver.

2.5 A VIDA COTIDIANA EM UMA VISÃO SOCIOLÓGICA

Tradicionalmente, quando falamos em cotidiano nos referimos às coisas do dia a dia. Assim, esse capítulo pretende explicar a caracterização deste dia a dia mostrando como ele constitui-se na vida real de cada pessoa.

Com base em Heller (1970 e 1977), Carvalho (1994) e Granjo (1998), pode-se dizer, de uma forma geral, que a vida cotidiana significa a rotina diária que todo o sujeito segue de forma inconsciente, seus gestos, hábitos, comportamentos e todas as demais atitudes automatizadas e mecânicas que caracterizam o seu dia a dia no trabalho, em casa, nas relações sociais e no lazer.

A vida cotidiana é aquela vida dos mesmos gestos, ritos, ritmos, de todos os dias: é levantar nas horas certa, ir para o trabalho, dar conta das atividades caseiras, cuidar das crianças, fazer o café da manhã, fumar o cigarro, almoçar, jantar, tomar a cerveja, a pinga ou o vinho, ver televisão, praticar um esporte de sempre, ler o jornal, sair para um “papo” de sempre, etc. (CARVALHO, 1994, p. 23).

O homem nasce inserido em uma cotidianidade humana, que difere de acordo com o grupo ou classe social, e vai de forma ativa e receptiva aprendendo no dia a dia a manipular todas as coisas que são fundamentais para a sua vida, ou seja, para manter as suas relações e para a sua sobrevivência. Vai aprendendo a realizar as atividades de vida diária, como por exemplo: vestir-se e alimentar-se sozinho, falar, trabalhar. Enfim, vai aprendendo a ter o máximo de independência.

O homem nasce já inserido em sua cotidianidade, o amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade (HELLER, 1970, p. 18).

Na verdade, ao nascer, cada ser humano é jogado de diferentes formas entre os outros homens e as coisas, sua situação de vida depende do “aqui” e do “agora” em que ele é imerso. Assim, de alguma forma, a vida cotidiana nunca é a mesma para todos.

Mas se esta cotidianidade humana pode variar, é importante destacar:

- a) o que nela varia ou pode variar; e,
- b) o que nela se conserva ou tem que se manter conservado?

Em outros termos, existe algo que deva ser mantido para que o ser humano conserve a sua existência, a sua sobrevivência e a sua independência. Heller (1970, p. 18) comenta que a vida cotidiana é *heterogênea e hierárquica*, sendo que, diferentemente da heterogeneidade, a hierarquia não é imutável, modifica-se de modo específico de acordo com a História.

Desta forma, podemos pensar que a diversidade de atividades é uma das características básicas para a manutenção da vida cotidiana humana. Dito de outra forma, viver implica realizar, de diferentes formas, em maior ou menor grau, diversas atividades. Estas atividades envolvem, ainda segundo Heller, o trabalho, a vida privada, o lazer, o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação.

Sobre esta questão, do que deve se manter para que o ser humano conserve a sua existência, Humberto Maturana, à luz da biologia, relata que assim como o ser vivo necessita manter a sua organização autopoietica, o ser humano necessita manter o seu modo humano de viver, imerso na emoção do amor e na linguagem, como discutirei posteriormente.

E é assim, com base na heterogeneidade e na hierarquia da cotidianidade, que o indivíduo vai se constituindo, ao mesmo tempo, enquanto um ser particular e um ser genérico (HELLER, 1970, p.18-20).

Esta diversidade de ações cotidianas garante a funcionalidade e a eficiência das coisas, em parte através da probabilidade, ou seja, pelo fato do homem realizar cálculos inferenciais de forma dinâmica e inconsciente entre a execução de uma atividade e as suas consequências, em atividades como por exemplo andar, correr, comer e falar. Sem esta característica da probabilidade, não poderíamos realizar grande parte das coisas que realizamos diariamente.

Ainda segundo Heller (1970), as principais características da vida cotidiana são:³⁷

- a) espontaneidade - de forma genérica, é a ausência de reflexão durante as nossas ações. É a tendência de toda e qualquer forma de atividade cotidiana, caso contrário não poderíamos viver a cotidianidade em sua diversidade;
- b) pragmatismo - é a inexistência da diferença entre o correto e o verdadeiro. Na cotidianidade, o correto tem valor de verdadeiro;
- c) economicismo - envolve o tempo necessário para as nossas ações e pensamentos. Toda categoria de ação e de pensamento manifesta-se e funciona exclusivamente quando for imprescindível para a continuação da cotidianidade;
- d) analogia - implica na busca da semelhança entre coisas diferentes. É principalmente através dela que orientamos o nosso conhecimento cotidiano sobre o ser humano, ou seja, classificamos em algum tipo conhecido de experiência quem queremos conhecer;
- e) precedentes - envolve a busca de situações semelhantes. Funciona como um indicador para controlar o nosso comportamento e atitudes. É mais importante no conhecimento de situações do que de pessoas;
- f) juízo provisório - de forma resumida, são as nossas opiniões;
- g) ultrageneralização - é a generalização dos nossos juízos provisórios. Serve para reagirmos a estímulos e para resolvermos problemas singulares, uma vez que precisamos subsumir o singular de forma rápida e sob uma certa universalidade;
- h) imitação - envolve o ato de imitar ações, uma vez que jamais procedemos meramente segundo preceitos; e,
- i) entonação - é a produção de uma atmosfera específica a partir do aparecimento de uma determinada pessoa em um determinado meio.

³⁷ (cf. HELLER, 1970 e 1977).

Para finalizar, a vida humana real implica viver o “aqui” e o “agora” em todas as suas possibilidades, em sua heterogeneidade e hierarquização necessária, de modo a constituir-se como um indivíduo, simultaneamente, particular e genérico.

2.6 ORIGENS E CONCEITOS DA BIOLOGIA DO CONHECER

Biologia do Conhecer é o nome dado ao conjunto de idéias do biólogo chileno Humberto Maturana e seus colaboradores, entre eles, Francisco Varela. Maturana elaborou uma teoria geral sobre os seres vivos e sobre a atividade biológica na geração do conhecer, de forma não dicotomizada, ou seja, sem o tradicional dualismo da visão cartesiana ocidental, como por exemplo: corpo/mente, biológico/social, entre outros.

Amparado na crença de que a tarefa central do biólogo é compreender como os seres vivos surgem como entes autônomos, Maturana repensa a vida e o viver como algo que só pode ser compreendido em si mesmo e, com isso, possibilita refletir a constituição e a existência humana em um sentido relacional. Assim, Maturana explica que, ao se perguntar sobre o sentido da vida, chegou à seguinte conclusão:

[...] a vida não tem sentido fora de si mesma, que o sentido da vida de uma mosca é “mosquear”, “ser mosca”, que o sentido da vida de um cachorro é viver como cachorro, ou seja, “ser cachorro ao cachorrear”, e que o sentido da vida de um ser humano é o viver humanamente ao “ser humano no humanizar”. E tudo isso, no sentido de que o ser humano é somente o resultado de uma dinâmica não proposital (MATURANA, 1997, p. 12).

Em Maturana, compreender o viver humano implica conhecer como o ser vivo se organiza e torna-se humano, atividade na qual é fundamental saber diferenciar o dizer do observador sobre o ser vivo do seu operar enquanto sistema.

Na verdade, é necessário compreender os dois domínios no qual se estabelece a existência de um ser vivo:

- a) o domínio de seu operar como totalidade em seu espaço de interações como tal totalidade; e,
- b) o domínio do operar de seus componentes em sua composição, sem fazer referência à totalidade que constituem, e que é onde se constitui, de fato, o ser vivo como ser vivente (MATURANA, 1997, p. 13).

No contexto destes domínios, o ser vivo é compreendido por Maturana não como um conjunto de moléculas, mas uma dinâmica molecular fechada capaz de se auto produzir, ou seja, um sistema autopoietico, enquanto o ser humano surge do modo de vida especificamente humano deste ser vivo.

A Biologia do Conhecer foi sendo estruturada a partir dos trabalhos de neurofisiologia da visão e pela idéia de autopoiese de Maturana, que em 1963 já falava dos seres vivos como sistemas de organização circular onde tal circularidade tinha que ser conservada (MATURANA, 2001, p. 31-36). Neste sentido, Maturana foi aproximando seus conceitos para a compreensão do sistema nervoso e em 1965 percebeu que estava elaborando uma noção de sistema nervoso fechado, ou seja, negando a noção de representação. Parafraseando Maturana, ao mudar a pergunta de como podia conceber a atividade celular da retina para compreender como elas captam as estruturas do ambiente na percepção das cores para como podia correlacionar esta atividade da retina com o nome da cor, percebeu que cada vez que é dado o mesmo nome à cor é porque tem que se dar a mesma relação de atividade na retina, ou seja, a atividade da retina dependia da sua estrutura e não do estímulo cromático. Assim, fecha também o sistema nervoso, pois o nome da cor é um estado deste. Nesse âmbito, Maturana comenta:

Eu estava negando a noção de representação no momento em que comecei a encarar o sistema nervoso como um sistema fechado. A noção de representação para mim se acaba no momento em que me dou conta de que a atividade da retina não pode ser correlacionada com as características do estímulo: o que posso correlacionar com a atividade da retina é o nome dado à cor: Portanto, a cor, a experiência cromática deixa de ser uma representação do mundo, passa a ser uma configuração do mundo. A representação é um comentário do observador sobre a correlação entre organismo e circunstância. Sempre que eu encarar um sistema em congruência com sua circunstância e olhar a correlação entre sistema e circunstância, eu posso falar do operar do sistema como se ele operasse com uma representação de sua circunstância. Isto é possível porque existe a congruência entre organismo e circunstância. Mas essa congruência não se fundamenta na representação e sim em uma co-deriva, tem um fundamento na história do sistema (MATURANA, 2001, p. 36).

Interessado pelo ser humano, pelo estudo do sistema nervoso e em particular pela percepção, isto é, por como vemos, distinguimos e manipulamos objetos, Maturana, enquanto biólogo, mudou sua visão a partir da experiência de um biólogo norte americano que realizou um experimento com uma salamandra. Ao girar em 180 graus o globo ocular da salamandra, mudando a posição das retinas posterior e anterior, o biólogo fez com que se surgisse uma presa na frente da salamandra ela tivesse esta imagem projetada atrás e, conseqüentemente, lançasse a sua língua nesta direção para capturá-la. Para Maturana, este experimento permite pensar que o ato de lançar a língua para pegar a presa não é um ato de apontar para um objeto externo, mas uma correlação estrutural interna (MATURANA, 2001, p. 21).

E assim, compreendendo o ser vivo como um sistema circular, fechado, que deve manter a sua circularidade, como um sistema biologicamente determinado, que Maturana explica o ser humano e o fenômeno do Conhecer, afirmando que para explicar o conhecer tem que explicar o ser humano enquanto conhecedor, isto é, aquele que ao observar conhece.

Maturana (2001, p. 28-29) busca, desta forma, definir como ponto de partida a necessidade de refletir sobre:

- a) o observador observando, que é na verdade um ser humano na linguagem, na experiência; e,
- b) o observar, onde o fato de explicar é uma operação distinta da experiência que se quer explicar. Ou seja, para Maturana explicar é sempre uma reformulação da experiência que se explica, muito embora nem toda reformulação da experiência é uma explicação, porque existe a necessidade de aceitação, isto é, uma explicação é a reformulação da experiência aceita por um observador que pode ser um outro ou nós mesmos.

Explicar a Teoria da Biologia do Conhecer implica discutir alguns conceitos fundamentais que permitem pensar o ser humano, em sua complexidade, de uma forma diferenciada, sobretudo, nos seguintes aspectos:

- a) na dimensão social e individual como condições não contraditórias e não subordinadas de existência, onde a partir do amor, ou seja, da aceitação do outro como legítimo outro na relação, o ser humano se constitui;
- b) na linguagem como condutas consensuais em um espaço relacional que transcendem a noção representacionista de *input* e *output* ou de símbolos comunicativos; e,
- c) na mente como um fluir de condutas consensuais e recursivas e não como uma mera representação de um mundo externo pelo sistema nervoso central.

Neste sentido, elejo alguns conceitos considerados como essenciais para essa pesquisa, quais sejam: distinção, unidade, organização, estrutura, sistemas vivos autopoieticos, determinismo estrutural e acoplamento estrutural.

Para Maturana, **distinção** é o ato cognitivo básico (GRACIANO, 1997 p. 13). Nós podemos distinguir de várias maneiras, entre elas, de uma forma concreta, como por exemplo pegando um objeto, ou de uma forma conceitual, quando especificamos um procedimento que destaca a unidade de um *background* que é especificado ao mesmo tempo em que se faz a distinção (MATURANA, 2001, p. 56).

O segundo conceito básico para Maturana é o de **unidade**. Podemos distinguir dois tipos de unidade: *simples e composta*. A unidade simples é quando distinguimos alguma coisa como um todo e não a decomposmos em partes, apenas especificando suas propriedades (MATURANA, 2001, p. 57).

Al distinguir unidades simples distinguimos unidades como totalidades, sin hacer distinciones operacionales recurrentes sobre ellas que separen componentes. Las unidades simples, por lo tanto, en un sentido operacional estricto son átomos. (MATURANA, 1999, p. 87).

As unidades compostas permitem distinguirmos componentes, ou seja, a sua organização e a sua estrutura.

A organização, por sua vez, é a relação entre os componentes que permitem fazer com que uma coisa seja reconhecida como tal, isto é, para que uma unidade composta faça parte de uma classe particular de sistemas. Assim, Maturana comenta que, por exemplo:

Uma cadeira é uma unidade composta. As relações entre as partes que constituem uma cadeira são a organização. Se eu serrar a cadeira em pedaços e separar esses pedaços, vocês diriam que ainda tem uma cadeira ? Não, vocês não diriam isso. Vocês diriam porque você desorganizou a minha cadeira ? Eu destruí a cadeira desorganizando-a. As relações entre os componentes, então aquilo que faz de uma cadeira uma cadeira constituem sua organização. Uma unidade é uma unidade composta de algum tipo apenas enquanto a sua organização for invariante. Uma cadeira será uma cadeira apenas enquanto sua organização for de uma cadeira. Se a organização muda, vocês não têm mais uma cadeira (MATURANA, 2001, p. 57-58).

Com relação à **estrutura**, salientando que a palavra estrutura vem do latim *struere*, que significa construir, Maturana passa a utilizá-la para designar como uma unidade composta é feita. Desta forma, estrutura refere-se aos componentes e as relações de uma unidade particular e, por isso, no âmbito individual. Ou seja, se a organização é a mesma para todos os membros de uma classe de unidades compostas, a estrutura não, ela é diferenciada. A estrutura de um sistema pode variar de dois modos: de modo que o sistema conserve sua organização e, portanto, sua identidade de classe; e, de modo que o sistema perca a sua organização, não conservando sua identidade de classe e, por consequência, desintegrando-se (GRACIANO, 1997 p. 14).

La organización de una unidad es invariante mientras conserva su identidad, su estructura, en cambio puede variar, y de hecho está em continuo cambio en una unidad dinámica. Más aún, la organización de una unidad se realiza a través de su estructura; por esto, si la estructura de una unidad cambia de modo que deja de realizar su organización, la unidad se desintegra y desaparece (MATURANA, 1999, p. 90).

Para Maturana, o sentido da autopoiese foi descoberto em uma conversa sobre genética molecular, com o microbiólogo e amigo Contreras, que refletiu na compreensão do ser vivo como um processo circular de produções moleculares no qual o que se mantém é a circularidade e não a forma das produções moleculares. Mas foi somente em 1971, nos estudos com Varela, que se despertou para a palavra poiese, percebendo que o termo autopoiese poderia ser utilizado nas suas discussões sobre seres vivos como sistemas de organização circular (2001, p.32). Neste sentido, autopoiese refere-se à capacidade de um ser manter e reproduzir a estrutura. **Sistemas vivos autopoieticos** são sistemas fechados em sua dinâmica de estados e que permanecem vivos apenas enquanto todas as suas mudanças estruturais não modificarem

a sua organização, enquanto conservarem a sua autopoiese. Quando isto ocorre, o sistema vivo morre (MATURANA, 2001, p. 175).

Sobre o **determinismo estrutural**, para Maturana, o ser vivo, enquanto sistema autopoietico, é determinado por sua estrutura e não pelo que é externo a ela. Assim, unidades compostas são sistemas determinados por suas estruturas que são capazes de determinar: 1) o domínio de mudanças de estado, isto é, as mudanças estruturais possíveis sem a perda de identidade de classe, onde a organização está conservada; 2) o domínio de perturbações possíveis, que são as interações possíveis capazes de desencadear mudanças de estado; 3) o domínio de desintegrações possíveis, isto é, o domínio de possíveis mudanças estruturais com perda da identidade de classe, com perda da organização; 4) o domínio de interações destrutivas possíveis, que é o domínio de interações possíveis capazes de desintegrar o sistema. (MATURANA, 2001, p. 85).

Por fim, **acoplamento estrutural** é outro conceito extremamente relevante. Como foi dito anteriormente, todo sistema é determinado por sua estrutura, mas é na atividade de distinção do observador que ele passa a existir em um meio (MATURANA, 2001, p. 86-87). O que lhe permite existir, é uma condição de complementaridade estrutural entre o meio e o sistema, denominada de acoplamento estrutural. Ao definir determinismo e acoplamento estrutural, Maturana discute a questão do **nicho** e do **ambiente**. O primeiro é a parte do meio à qual o sistema é distinguido; e, o segundo é a parte do meio que um observador vê em volta de um sistema enquanto obscurece o seu nicho.

[...] a própria existência de um sistema determinado por sua estrutura envolve seu acoplamento estrutural e a conservação de seu acoplamento estrutural por meio de todas as suas mudanças de estado. O que muda na relação sistema/meio através das mudanças de estado de um sistema determinado em sua estrutura é o seu nicho. (MATURANA, 2001, p.86).

Estes conceitos da Biologia do Conhecer fundamentam ou refletem uma forte mudança de postura científica e epistemológica: eles negam a crença de informação como forma

de instrução que a partir do meio atinge e modifica o ser humano, conforme o modelo de *input* e *output*, de codificação e decodificação, que de alguma forma, são freqüentemente trazidos pela Ciência Cognitiva.

Na área da afasiologia e, mais especificamente, para essa pesquisa, tal mudança de postura leva-nos a várias interrogações, entre elas, qual o papel do terapeuta diante de um sistema que está determinado por sua estrutura.

2.6.1 A MENTE

A forma de se explicar a mente no âmbito da ciência cognitiva bem como na experiência humana cotidiana, sobretudo na cultura ocidental, é resultante da dicotomia entre ser humano e meio. Ou seja, mente tem a ver com um conjunto de elementos (linguagem, memória, inteligência, entre outros) que são, em síntese, uma abstração, uma representação do meio. Em outras palavras, mente é a internalização do mundo externo que é conservada em nossa estrutura orgânica (sistema nervoso central).

Em discussões atuais proporcionadas pela escola interacionista ou sócio-histórica³⁸, a internalização é tratada não como uma mera cópia do externo, mas como uma reconstrução humana, isto é, o sujeito não é um agente passivo da informação e do conhecimento, mas um ser que atua nesta internalização, ou ainda, que atua na construção das funções mentais superiores a partir da sua história social. Assim, a internalização é a reconstrução interna de um evento externo (VIGOTSKY, 1991 p. 63).

Muito embora o modelo dialético da escola vigotskyana tenha contribuído para importantes mudanças em vários setores como o da educação, da psicologia e da sociologia, a

³⁸ Estou me referindo a Vigotsky e seus colaboradores. Para melhor compreensão das funções mentais superiores nesta perspectiva sugiro a leitura de Vigotsky (1989) e (1991).

idéia de que sujeito e meio estão em constante mudanças no contexto das interações e que, portanto, não existe nem um mundo e nem um sujeito que sejam pré determinados, não rompeu com a noção representacionista de mente, criticada na Biologia do Conhecer.

Neste contexto da representação, a Neurociência considera que a mente se deve à estrutura orgânica, valorizando assim as propriedades do sistema nervoso central na compreensão da mente humana, estimulando a noção de causalidade entre encéfalo e comportamento, típica nos estudos em afasiologia, base para a maior parte dos testes, se não todos, e para a própria noção de terapia:

[...] outras e mais notórias formas de Ciência Cognitiva partem do ponto de vista de que a cognição e a mente se devem inteiramente às estruturas particulares dos sistemas cognitivos. A expressão mais óbvia deste ponto de vista encontra-se na Neurociência, onde a cognição é investigada através da observação das propriedades do cérebro (VARELA, THOMPSON e ROSCH, 1991, p. 33).

Na área da afasiologia, existem duas posições divergentes: uma que considera a afasia como problema de ordem cognitiva (em uma visão cognitivista), defendendo a idéia que a linguagem está intimamente relacionada e dependente de outras funções cognitivas, como por exemplo, a inteligência. A outra, considera a linguagem em uma ordem exclusivamente lingüística, isto é, como uma questão de organização na capacidade de usar símbolos e/ou de construir uma comunicação eficiente, portanto, não tendo relação direta com outras funções consideradas cognitivas.

Apesar da divergência, considero que as duas posturas apresentam aspectos comuns. Com efeito:

- a) a afasia está situada na dimensão do cognitivismo representacionista, onde a mente humana é uma representação do mundo e é caracterizada por funções como: linguagem, inteligência, memória, entre outras, interligadas ou não;
- b) a linguagem é compreendida enquanto capacidade lingüística para a produzir ou compreender palavras orais.

Sendo assim, deve-se indagar: o que recuperar na afasia, a inteligência ou a habilidade de falar e/ou escrever; e, como promover tal recuperação. Nesta pesquisa, essa indagação desloca-se para a afasia ou o sujeito Afásico, o que não significa que um dos termos seja superior ao outro.

Em uma perspectiva não representacionista, Maturana defende que somos humanos no viver humano e é nesse viver que, no dia a dia, distinguimos quando falamos de psíquico ou mente, ou seja, a Mente está no campo das condutas relacionais e não na estrutura do sistema nervoso central. Assim, segundo ele:

Se prestarmos atenção por um momento ao nosso viver cotidiano, notaremos que cada vez que falamos de mental, psíquico ou da alma nos referimos a um modo de ser, a uma forma de viver, a uma maneira de nos relacionarmos com os outros, com o mundo ou com nós mesmos. Assim falamos cotidianamente do que nos acontece ao falarmos do psíquico, do mental ou do espiritual, fazendo uma distinção reflexiva sobre como estamos em nosso viver na relação (MATURANA, 2001, p. 108).

2.6.2 A ORIGEM DO HUMANO

O ser humano emerge do fluir das relações consensuais e recorrentes, fundamentadas na emoção do amor e na linguagem, de um organismo vivo composto. Nesse âmbito, é importante destacar a origem do sistema autopoietico e a origem humana enquanto sistema autopoietico.

No primeiro caso, segundo Maturana, a origem de um sistema autopoietico está ligada a dois fatores:

- a) **factibilidade** - para surgir, qualquer sistema depende da presença de componentes e das classes de interações em que ele pode entrar; e
- b) **possibilidade de aparição espontânea** - que é a existência de condições naturais que permitam que os sistemas possam gerar-se espontaneamente (MATURANA, 1997, p. 89).

Desta forma, um sistema autopoietico é mantido pela sua organização autopoietica, que é fechada à informação do meio, embora esteja em constante congruência com ele.

Ao pensar nessa congruência entre um sistema autopoietico (mantido por sua organização autopoietica) e o meio, nos vem a necessidade de perguntar como o ser humano surge nesta congruência. As discussões de Maturana sobre a origem humana, a linguagem e a emoção nos oferecem algumas possibilidades de respostas à esta questão.

No segundo caso, ou seja, sobre a origem humana, Maturana defende a tese de que é do entrelaçamento entre emocional e racional que o humano se constitui. A origem humana tem relação com a sensualidade recorrente e a atividade de compartilhar os alimentos há 3,5 milhões de anos atrás, o que pode justificar o desenvolvimento da destreza das mãos, em oposição ao desenvolvimento e destreza direcionados à confecção de instrumentos.

Nessa forma de viver, imersos na sensualidade e na atividade de compartilhar os alimentos é que surge a linguagem, não como um conjunto de símbolos para a comunicação, mas como coordenação consensual de ações, que será discutido posteriormente.

Esse modo de viver permitiu o crescimento do cérebro do homem e a sua conservação (MATURANA, 2002, p.18-19). Assim, temos a seguinte condição: enquanto seres humanos, somos sistemas vivos autopoieticos que, como os demais sistemas vivos, estão estruturalmente determinados. Mas existe uma característica peculiar que nos difere, a linguagem. Portanto:

Nossos ancestrais de três milhões de anos atrás tinham uma vida biológica muito semelhante à nossa atual, mas viviam num mundo diferente e tinham um cérebro diferente. O que define uma linhagem numa história evolutiva biológica é a conservação, geração após geração, de um modo ou maneira de viver que permanece constante enquanto todo o resto se torna aberto à mudança através da sucessão de gerações. Enquanto isso ia acontecendo na constituição de nossa linhagem através da conservação do viver na linguagem, os corpos de nossos ancestrais mudaram, e os mundos que eles viviam também mudaram. Desse modo, nós somos em nossa corporalidade como somos agora, e vivemos como vivemos agora, como o resultado de uma história do viver na linguagem que começou há três milhões de anos atrás. (Maturana, 2001, p.178-179).

Em resumo, a origem e a conservação do viver humano tem relação com a emoção e a linguagem, com a forma de viver, e não somente com características genéticas do ser e a hereditariedade.

Além disso, o ser vivo existe em dois domínios:

- a) o domínio de sua composição, que envolve sua organização autopoietica (em um determinismo estrutural), onde o funcionamento é fechado, e,
- b) o domínio onde estes seres vivos surgem como totalidades, onde o observador distingue como sendo um organismo ou um ser vivo, onde o modo de viver ou a congruência entre meio e ser vivo vai se constituindo.

Para Maturana, estes dois domínios não se intersectam, não têm nenhuma relação causal, o que nos serve para entender que a afasia circula em dois domínios, quais sejam:

- a) no domínio da composição estrutural (estrutura biológica – sistema nervoso central) que foi perturbada (lesão) sem modificar a sua organização, no sentido de romper com a autopoiese, permitindo que o ser vivo (organismo do ser Afásico) permaneça vivo; e
- b) no domínio do ser vivo em sua totalidade (ser vivo reconhecido como tal por um observador). Neste caso, estamos falando do Afásico, no sentido de um sujeito que perdeu sua condição de falante e que necessita de tratamento.

Assim, se por um lado a afasia surge de uma mudança estrutural no organismo de um ser humano, que funciona de forma autopoietica, por outro o Afásico enquanto ser de linguagem surge na realização do seu viver, do viver com uma afasia, no domínio das condutas.

Portanto, mesmo que o tratamento não modifique a situação da lesão ou o funcionamento fisiológico, determinados pela estrutura, poderá manter a existência do ser humano a partir das relações consensuais.

Na afasia a pessoa não sabe como se colocar internamente. E não tem nenhuma maneira de se pôr internamente porque tem algum dano [...]. Não se tem como se colocar internamente, tem-se que buscar outra situação circunstancial com uma outra seqüência que lhe possa permitir encontrar uma palavra (MATURANA, 2001, p. 341).

Embora Maturana situe a afasia como um problema de memória, ou seja, uma questão interna de evocar a palavra, ele destaca que não é um problema de representação por-

que acontece no plano das relações, afirmando que toda história de mudança estrutural é contingente com a história que uma pessoa vive.

2.6.3 LINGUAGEM, EMOÇÃO E CONSCIÊNCIA

Como vimos, na *Biologia do Conhecer*, a origem humana e a mente estão relacionadas com a emoção e a linguagem. Nesse sentido, para compreender a condição de saúde ou de sofrimento do ser humano é necessário entender esse processo.

Para Maturana (2001, p. 167), a linguagem significa coordenações consensuais de conduta de coordenações consensuais de conduta, ou seja, está relacionada com as nossas ações cotidianas de convivência, com as ações em um espaço relacional onde dos nossos encontros ou aproximações com os outros emergem consensos, onde as coisas são convividas em um fluir de encontros recorrentes.

Desta forma, a linguagem é caracterizada pelo consenso e pela recursão: o consenso não significa acordo, pois não há uma explicitude, mas apenas uma sinalização que é o resultado de estar juntos na convivência, e a recursão é quando faço referência a um consenso anterior, ou seja, é quando realizo uma coordenação de condutas (MATURANA, 2001, p. 72).

Na verdade, a linguagem está no campo das relações e não no corpo, ou no sistema nervoso central. Palavras, portanto, são gestos e sons que participam como elementos consensuais em uma dinâmica recursiva de coordenações que constituem a linguagem e não os seus significados. De outra forma, quando um observador, ao conversar, dá significado a uma palavra ou gesto, ele está fazendo uma conotação às coordenações consensuais de conduta, ou seja, para a linguagem.

Parafraseando Maturana, quando vemos duas pessoas através da janela sem ouvir o que dizem, o que seria necessário observar para afirmar que elas estão conversando? Teríamos que observar o curso que seguem suas interações, uma vez que se as vemos num fluir de interações recorrentes que podemos descrever como um pôr-se de acordo, então diríamos que essas pessoas estão na linguagem (MATURANA, 2002, p. 59).

Para Maturana, a emoção é base para a linguagem, são disposições corporais que especificam a cada instante o domínio de ações em que se encontra um determinado animal. Elas são fundamentais para que ocorra uma história de relações recorrentes, ou seja, sem emoção existiram apenas encontros casuais e separações.

Maturana descreve duas emoções como condição para o surgimento da história de recorrência:

- a) a **rejeição**, quando o outro é negado como um legítimo outro na convivência;
- b) o **amor**, quando o outro é aceito como legítimo outro na convivência.

Rejeição e amor são emoções opostas apenas em relação à convivência, ou seja, a rejeição a destitui e o amor a constitui. Nesta perspectiva, amar é abrir um espaço de interações recorrentes com o outro, no qual sua presença é legítima, sem exigências (MATURANA, 2002, p. 67).

Como o próprio Maturana explica, falar de amor é algo que incomoda, principalmente porque queremos que o amor seja algo especial e não um humilde fenômeno biológico, bem como queremos que ele seja uma consequência da socialização e não a sua fonte, uma vez que queremos que as relações que eliminam o amor sejam relações sociais legítimas. Ou seja, para Maturana, as relações que não estão pautadas na aceitação do outro como um legítimo outro na convivência não são relações sociais.

Nesse sentido, amor é

a condição de encaixe dinâmico espontâneo e recíproco que dá lugar às interações recorrentes com conservação da organização individual e da adaptação recíproca ao longo da ontogenia. (MATURANA, 2001, p. 184).

Para Maturana, se há amor há socialização, pois o amor é o fundamento do fenômeno social. Então, pode-se concluir que o amor é a emoção que permite a relação social e toda relação social, que está necessariamente fundamentada no amor, permite sistemas sociais e a socialização. Além do mais, é neste sistema social, integrado, na linguagem, que um ser humano torna-se indivíduo, ao que, sem seres humanos individuais, não poderia haver fenômenos sociais humanos (MATURANA, 2001, p. 193).

É na linguagem, em seu processo consensual recursivo, que os objetos surgem e o mundo se constitui. Maturana diz que os objetos não preexistem à linguagem e explica a dinâmica recursiva que os faz surgirem:

- a) **primeira recursão** - é quando surge o objeto através da linguagem, isto é, das coordenações consensuais de coordenações consensuais;
- b) **segunda recursão** - é quando se estabelece a distinção do objeto;
- c) **terceira recursão** - é quando se estabelece a distinção das relações entre os objetos;
- d) **quarta recursão** - é quando o ser vivo distingue a si próprio no ato de distinção, isto é, quando faz uma auto-distinção.

Mesmo não sendo um afasiologista ou não estando interessado diretamente no tema, Maturana em algumas situações oferece dois comentários interessantes.

Em primeiro lugar, sem perder a noção de linguagem como coordenações consensuais recorrentes, Maturana explica que o problema do Afásico está em conseguir um posicionamento interno por causa do dano na estrutura, e que, neste caso, se não for possível recuperar a estrutura deverá se buscar outras formas de realizar a conduta. Esta argumentação não é nova na área da afasiologia, ela vai ao encontro das discussões sobre o contexto (JAKOBSON, 1991) e metalinguagem e epilinguagem (LEBRUN, 1983 e COUDRY, 1988). No en-

tanto, o interessante é que ao mesmo tempo em que Maturana fala em um posicionamento interno, diz que a questão é conseguir uma nova conduta, que só se dá na relação, e que por isso não tem nada a ver com uma nova forma de representar ou conseguir resgatar a representação perdida. Assim, permite pensar a afasia enquanto um problema na estrutura (em relação aos símbolos) e um problema essencialmente de conduta.

Em segundo lugar, sobre o mapeamento encefálico na investigação da linguagem, Maturana diz que sempre se pode mapear um sistema quando a estrutura se repete. No entanto, a conduta não se constitui no sistema, mas com a participação dele, a conduta está na ordem das relações. Assim, uma lesão pode mostrar uma relação entre o sistema nervoso e aspectos lingüísticos, mas não a linguagem, pois esta encontra-se nas coordenações consensuais recorrentes. Verifica-se novamente que sem negar a estrutura ou a conduta, Maturana consegue mostrar que podem ser visto aspectos associados à linguagem no mapeamento mas não a linguagem como conduta. Ou ainda, o que está no mapeamento é o que um observador pode interpretar como linguagem, nada mais que uma forma de explicação como outras formas, mas não a linguagem em seu todo.

Segundo Maturana, Linguagem e Emoção, entrelaçadas, permitem compreender a responsabilidade e a liberdade. Somos responsáveis à medida que, na linguagem e na emoção, percebemos se queremos ou não as conseqüências de nossas ações. E somos livres, quando conseguimos identificar se queremos ou não nossa escolha de responsabilidade:

Somos livres no momento em que, em nossas reflexões sobre nosso afazer, nos damos conta se queremos ou não queremos nosso querer ou não querer suas conseqüências, e também nos damos conta de que nosso querer ou não querer as conseqüências de nossas ações pode mudar nosso desejar ou não desejar tais conseqüências (MATURANA, 2001, p. 181).

Na Biologia do Conhecer, o ser humano vive no presente, fazendo o mundo que vive através do seu viver e, neste sentido, o futuro é apenas uma forma de prever a partir do presente vivido, e o passado é apenas uma forma de viver no presente (MATURANA e RE-

ZEPKA, 2002, p. 9). Na afasiologia, essas questões podem servir para estimular a reflexão sobre o papel do terapeuta e do Afásico enquanto seres humanos nas suas escolhas, em suas responsabilidades.

Assim como a linguagem e a emoção, a consciência não está localizada no corpo, isto é, a consciência não é uma abstração derivada da capacidade de perceber a informação oferecida pelo meio, mas é fundamentalmente uma experiência na autoconsciência, ou seja, uma experiência na linguagem.

Aquilo que explicamos é sempre uma experiência que distinguimos enquanto observadores, e o observador surge na linguagem, quando ele distingue a si próprio na experiência de fazer a distinção, quando a experiência torna-se um problema a ser solucionado, ou seja, algo que não é ele próprio. É assim que surge o que Maturana denomina consciência.

Como distinguimos a nós mesmos em nosso observar, como entidades que operam distintas do nosso corpo, mas associada com a operação dos nossos corpos, localizamos a nós mesmos, em nossos corpos como entidades conscientes diferentes de nossos corpos (MATURANA, 2001, p. 212-213).

Explicando de outra maneira, consciência é a capacidade de autodistinção de um ser humano se distinguir no ato de fazer a distinção, que por sua vez é sempre um atributo dado por um observador a um sistema vivo.

Já a autoconsciência é uma experiência de autodistinção da autodistinção, é uma operação relacional na linguagem (MATURANA, 2001, p. 231). A consciência e a autoconsciência não podem ser a principal característica do ser humano, pois uma vez que elas só podem acontecer na linguagem, é o viver na linguagem que se torna a principal característica humana.

Em contraposição, Damásio comenta que é possível haver consciência sem linguagem, memória e emoção. Trata-se da consciência central, fundamento para a consciência ampliada.³⁹ O autor explica que:

Pacientes com grave comprometimento de linguagem permanecem despertos e atentos e são capazes de comportamento intencional. Mais importante, são perfeitamente capazes de expressar por sinais que estão tendo a experiência de um objeto, detectando o humor e a tragédia de uma situação (DAMÁSIO, 2000, p. 146).

Maturana afirma que o sistema nervoso não é capaz de operar com palavras, idéias ou símbolos, que são apenas elementos utilizados pelo observador para descrever o que habitualmente, no seu cotidiano, pensa que acontece na linguagem. O sistema nervoso apenas origina respostas através de mudanças estruturais internas próprias, de forma inconsciente. Na verdade, todo este processo fisiológico de nossa estrutura enquanto ser vivo é inconsciente, porque não opera no domínio das relações em que a linguagem ocorre.

Através da Biologia do Conhecer, pode-se perceber que tudo aquilo que tradicionalmente é tratado como psíquico ou como função mental superior em uma instância representacionista passa a ser tratado como fenômeno das relações humanas, do modo de viver especificamente humano onde a linguagem é elemento essencial. Isso acontece de uma forma onde não se separa a questão biológica da questão social, tampouco se nega o próprio ser humano ou os outros seres humanos no processo de observação.

Como resultado, temos a seguinte situação: ao mesmo tempo que o psíquico ou as funções mentais superiores são compreendidas como coisas que não estão no corpo, conseguimos compreender como o sistema nervoso em seu operar está relacionado com elas, bem como de que forma o ser humano em seu observar, em sua linguagem e sua consciência, funciona em duas ordens distintas: da anatomia-fisiologia e da conduta.

³⁹ Consciência central envolve o estado de vigília, emoção de fundo (como por exemplo o bem ou o mal estar) e atenção básica. Consciência ampliada está relacionada com emoções específicas, atenção focalizada, comportamentos ou sequências de ações e relatos verbais. (cf. DAMÁSIO, 2000).

2.6.4 RELAÇÃO SOCIAL

No senso comum, sempre que falamos de relação social, estamos nos referindo às diversas possibilidades de relações existentes entre os seres humanos: relações profissionais, interpessoais, familiares, entre outras. De alguma forma, toda e qualquer relação que aconteça no âmbito da sociedade é considerada uma relação social, sendo uma das suas grandes características, se não a mais significativa, a racionalidade.

Nesse sentido, rotineiramente, associamos o conceito de racionalidade com a capacidade humana de se relacionar, estimulando a crença de que os seres humanos são seres essencialmente racionais. É comum, escutarmos que nossas relações devem ser pautadas pela racionalidade e não pela emoção. Além do mais, com muita frequência, a relação social é interpretada em uma ordem que faz oposição à ordem do que temos como individual ou biológico, possibilitando comentários do tipo: isso não é uma questão social mas uma questão biológica ou vice versa.

Em relação à discussão sobre o fenômeno social realizada por Maturana, duas questões merecem ser destacadas: o ser humano como ser emocional e a relação social como aquela que reconhece o outro como legítimo outro na convivência.

Para Maturana, o raciocinar surge na linguagem, ou seja, o racional pertence ao âmbito das coordenações consensuais de condutas.

O que na vida cotidiana distinguimos como raciocinar é a proposição de argumentos que construímos ao concatenar palavras e noções que os compõe segundo seus significados, como *nós* operacionais do domínio particular de coordenações consensuais de conduta a que pertencem. Pôr isso, o que um observador faz ao falar da lógica do raciocinar como um fenômeno universal é, de fato, distinguir as regularidades operacionais constitutivas do operar na linguagem (ou linguajar) (MATURANA, 2001, p. 168).

Para Maturana, uma das grandes características do ser humano é a sua emoção, que está relacionada com a sua história de convivência na sensualidade há milhões de anos

atrás. Emoções são disposições corporais que especificam o domínio de ações em que se encontra um determinado animal. Portanto, o emocionar é o fluir de um domínio de ações a outro. Ou seja, o racional que emerge na linguagem e a linguagem como coordenação consensual de conduta partem do emocional ou do emocionar-se. Logo,

Ao fluir nosso emocionar num curso que é o resultado de nossa história de convivência dentro e fora da linguagem, mudamos de domínio de ações e, portanto, muda o curso do nosso linguajar e de nosso raciocinar. A esse fluir entrelaçado de linguajar e emocionar eu chamo de conversar; e chamo de conversação o fluir, no conversar, em uma rede particular de linguajar e emocionar (*idem*, p. 172).

Desta forma, para que aconteça uma história de relações recorrentes é necessário uma **emoção** que constitua as condutas que resultam em interações recorrentes (MATURANA, 2002, p. 66). Existem, como já comentado, duas emoções que tornam possível a história de relações recorrentes, são elas: a rejeição e o amor. Porém, é o amor que fundamenta a relação social, relações pautadas na rejeição não são relações sociais.

As relações humanas que não se baseiam na aceitação do outro como um legítimo outro na convivência não são relações sociais. As relações de trabalho não são relações sociais. O mesmo ocorre com as relações hierárquicas, pois estas se fundam na negação mútua implícita, na exigência de obediência e de concessão de poder que trazem consigo (MATURANA, 2002, p. 69).

É acreditando que a relação social está pautada na emoção do amor, que Maturana sugere que os fenômenos sociais têm a ver com a Biologia e não com a cultura. Afirma, que o cultural e o social têm a ver com a delimitação da aceitação do outro, ou seja, que o amor como emocionar que legitima a aceitação do outro na convivência é uma característica da nossa história de humanização, enquanto a negação do outro é uma invenção que emerge no raciocinar, nas relações cotidianas ditas racionais, no modo de viver racional, onde a possibilidade de encontro com o outro, de compartilhar, é de forma imperceptível impedida de fluir.

É na justificativa racional dos modos de convivência que inventamos discursos ou desenvolvemos argumentos que justificam a negação do outro. Ensinamos às crianças, desde pequenas, a rejeitar certos tipos de pessoas e animais. Assim, se a mãe vê que seu filho quer brincar com um outro de quem ela não gosta, ela diz: não brinque com esse menino, ele é um maltrapilho. Isto acontece conosco sem nos darmos conta, porque vivemos numa cultura que faz isso, e temos que refletir para evitá-lo (MATURANA, 2002, p. 73).

É com base nas relações sociais, sejam elas, pautadas na emoção do amor ou na emoção da rejeição, que se formam os sistemas sociais, ou seja:

Quando membros de um conjunto de seres vivos constituem, com sua conduta, uma rede de interações que opera para eles como um meio no qual eles se realizam como seres vivos, e no qual conservam sua organização e adaptação e existem em uma co-deriva contingente, temos um sistema social (MATURANA, 2001, p. 195).

Desta forma, é integrado em um sistema social que um ser humano torna-se indivíduo, bem como é pelo fato de existirem indivíduos capazes de se integrar que existem sistemas sociais. Em outras palavras, o ser humano se constitui como indivíduo na ordem do grupo social à qual está inserido e este grupo só se constitui enquanto grupo porque os seres humanos podem ser indivíduos.

Em suma, Maturana propõe uma reflexão sobre a relação social que, entre várias coisas, permite transcender a noção pré estabelecida de racionalidade como a grande característica humana e compreender a emoção como elemento biológico constitutivo do ser humano. Nesse sentido, coloca em questão o conceito de relação social humana, ou seja, partindo da noção de que toda relação social humana está pautada na emoção biológica do amor, defende que a relação fundamentada na rejeição onde o outro é negado como legítimo outro na convivência não é uma relação humana social, mas uma relação de rejeição que emerge no plano das condutas culturais e sociais, ou seja, que surge de um modo de vida onde a negação do outro está presente.

Nesse sentido, Schwartz (1999)⁴⁰ relata que é no mundo competitivo da escola, dos negócios e da política que aprendemos a negar o outro, discutindo que essa aprendizagem dificulta o processo de aceitação do outro e de nós mesmos em uma situação de doença. A aceitação não é uma reação, mas uma resposta que é aprendida nas nossas experiências.

⁴⁰ “*Histórias de Amor e de Vida*” de Schwartz (1999) e “*A Última Grande Lição*” de Mitch (1998) contribuíram significativamente para a fundamentação dessa pesquisa, apresentando comentários, explicações e exemplos com base em uma história real de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

Analisar a relação social à luz da Biologia do Conhecer possibilita indagar algumas questões no campo da afasiologia relacionadas diretamente com essa pesquisa:

- a) considerando que as práticas terapêuticas normalmente estão voltadas para a afasia e não para o Afásico em uma perspectiva de correção dos sintomas, a relação terapeuta/paciente se constituiria como uma relação social, ou seja, pautada na aceitação do outro como legítimo outro na convivência?
- b) considerando as dificuldades da família e do paciente no processo de aceitação à nova condição não seria necessário um trabalho que privilegiasse avaliar e intervir sobre as relações familiares, no sentido de estabelecer relações que pudessem, quotidianamente, caracteriza-se como relações de aceitação do outro como legítimo outro na convivência?

Dessa forma, a aplicação do conceito de relação social estabelecido por Maturana na Fonoaudiologia poderá favorecer o redimensionamento e a melhor compreensão de alguns problemas da terapia fonoaudiológica com o Afásico, entre eles, a questão da motivação para a terapia e o prognóstico em uma perspectiva não neurológico/lingüística.

2.7 FONOAUDIOLOGIA E BIOLOGIA DO CONHECER

A Biologia do Conhecer propõe uma explicação do ser humano e do seu viver a partir de uma noção autopoietica. Ao reformular vários conceitos, entre eles, os de sistema nervoso, mente, linguagem e relação social, possibilita pensar novos critérios clínicos de avaliação, diagnóstico, prognóstico e terapia com Afásicos; e, compreender o fonoaudiólogo como terapeuta do viver humano.

Porém, deve-se destacar algumas considerações da teoria no tocante à afasiologia. A primeira delas é o fato de que a afasia nunca foi o objeto de estudo de Maturana, tampouco um tema por ele aprofundado. A segunda consideração, é o fato de que não existe uma teorização sistematizada sobre a linguagem enquanto coordenação consensual de conduta, ou seja, não é aprofundado por Maturana como essa coordenação vai se desenvolvendo. A terceira

consideração, relacionada diretamente com a afasia, é a discussão tênue realizada em alguns livros sobre a relação lesão - incapacidade, como por exemplo: a afirmação de que poderá existir comprometimento da inteligência em casos onde exista um grave dano neurológico, deixando-se de lado uma discussão mais apurada sobre o que é a inteligência e sobre a correlação de que mente e linguagem estão no campo da conduta, conforme defendido pelo próprio Maturana (MATURANA e RESEPKA, 2002, p. 12). Compreendo esse fato não como uma contradição ou um equívoco, mas como um momento de frágil teorização de Maturana sobre questões às quais ele não estava diretamente objetivado a discutir. A quarta consideração é o fato de que não estamos destacando as críticas que a teoria de Maturana recebe em relação ao conceito de autopoiese e sua compreensão sobre a constituição do ser humano a partir do seu modo de viver específico.⁴¹

Nas contribuições da Biologia do Conhecer para esta pesquisa, algumas noções se destacam, entre elas: a **de sistema nervoso fechado, mente, linguagem, emoção, relação de convivência e cotidianidade.**

SISTEMA NERVOSO FECHADO

É tradição nos cursos da saúde, subentender o sistema nervoso como algo extremamente complexo e como uma estrutura em relação de troca permanente com o mundo físico, ou seja, como uma estrutura que capta (aferência) estímulos do meio, decodifica e emite uma resposta (eferência), permitindo a abstração, a aprendizagem e o desenvolvimento. Em sua complexidade e relação constante com o meio, sustenta-se a crença de que o sistema nervoso central mantém ou abriga a mente humana.

⁴¹ Para conhecer as críticas em relação a Teoria de Maturana remeto o leitor à leitura da Introdução de Maturana (2001) elaborada por Magro e Graciano; e, à dissertação de Mestrado de Graciano (1997) onde destaca o trabalho de Minger: *Self-producing systems: implications and applications of autopoiesis* (1995).

Em Maturana, percebe-se que a noção de sistema fechado, circular, como consequência de um sistema autopoietico, torna o sistema nervoso uma estrutura não absoluta ou central (embora não diminua a sua importância e, em algumas situações, a sua determinância para a constituição do ser humano e do seu viver), bem como permite indagar sobre a relação de causalidade direta entre encéfalo e mente humana,⁴² uma vez que o sistema nervoso central não age de acordo com informações vindas do meio. Nesse sentido, pode-se indagar a noção de especialização ou de plasticidade cerebral, comuns na atividade clínica de reabilitação, amparadas na crença de que o sistema nervoso central tem a capacidade de aprender quando estimulado em condições apropriadas. Por sua vez, se essa possibilidade ou crença é equivocada, surge um dilema para o fonoaudiólogo (e quem sabe para todos os demais tipos de terapeutas). Com efeito, qual o papel do fonoaudiólogo em relação a (re)estruturação do sistema nervoso central?

Esse dilema pode ser analisado a partir da compreensão do funcionamento da autopoiese e da relação entre o ato de observar e o observador nos trabalhos de Maturana, ou então, a partir da compreensão sobre o campo fisiológico (autopoietico) de um organismo e a sua constituição humana no seu modo de viver na emoção e na linguagem. Tal compreensão, permite destacar elementos capazes de redimensionar o papel do fonoaudiólogo transcendendo a noção de terapeuta da comunicação, subentendida esta como processo mecânico de codificação e decodificação de símbolos estruturados no sistema nervoso central, para terapeuta do viver humano, ou seja, para o terapeuta do modo de vida, das interações.

⁴² Deve-se destacar que a discussão de mente como algo que não está no encéfalo não é uma exclusividade da Biologia do Conhecer, esta mesma discussão pode ser vista em trabalhos como de Vieira (1992) e outros na área da afasiologia, sustentados pelas proposições de Freud sobre linguagem, afasia e o inconsciente. No entanto, o que me parece próprio da teoria de Maturana é propor uma noção de mente centrada no plano das condutas, das relações, sem negar que a sua constituição é biológica, ou seja, que a mente se modifica quando é modificado o biológico e que acaba quando o organismo perde a sua autopoiese. Além disso, Maturana correlaciona a mente com a emoção, destacando-a como aspecto biológico essencial para a constituição humana, e para a relação social, criticando a noção de racionalidade.

Dito de outra forma, o fonoaudiólogo não atua sobre a organização do sistema nervoso central, uma vez que ele, o sistema nervoso, age a partir dele mesmo enquanto organismo, a partir de suas correlações, e não a partir de um mundo ou de uma realidade constituída, capaz de estimulá-lo e modificá-lo. Porém, o fonoaudiólogo atua em um (e sobre um) modo de viver, ou seja, no modo de fazer e de ser, o que, por sua vez, permite mudanças fisiológicas dentro de um rol de possibilidades fisiológicas que mantêm a autopoiese. Para uma melhor compreensão, vale destacar parte de um texto de Maturana sobre a plasticidade da ontogenia:

Um observador que contempla um sistema autopoietico como unidade, num contexto que também observa e descreve como meio circundante do sistema, pode distinguir nele perturbações de origem interna e externa, mesmo quando elas são intrinsecamente inseparáveis para o próprio sistema autopoietico. O observador pode utilizar tal distinção para fazer afirmações a respeito da história do sistema autopoietico que ele observa e utilizar essa história para descrever um ambiente que ele interfere ser o domínio em que existe o sistema. No entanto, da correspondência observada entre ontogenia do sistema e o ambiente que tal ontogenia descreve, ou o meio circundante em que o observa, não pode inferir uma representação constitutiva deste na organização do sistema autopoietico. A contínua correspondência entre a conduta e o ambiente, revelada durante a ontogenia, é resultado da natureza homeostática da organização autopoietica, e não da existência nela de qualquer representação do ambiente; nem é minimamente necessário que um sistema autopoietico deva obter ou desenvolver tal representação para subsistir em um ambiente mutável (Maturana, 1997, p. 93-94).

Isto não significa que o fonoaudiólogo não tenha necessidade de investigar a doença e a lesão relacionadas com a afasia, mas significa compreender que o conhecimento sobre tais questões é relevante em dois sentidos:

- a) para saber a dimensão do problema fisiológico e pensar sobre o quanto esse organismo foi afetado na sua manutenção ou organização autopoietica, ou seja, no risco que ele sofreu ou sofre para sobreviver; e,
- b) para saber como as pessoas estão interpretando o problema fisiológico e estabelecendo, a partir dessa interpretação, um modo de relação humana para a negação, por exemplo: quando pelo fato de saber que uma lesão atingiu de forma grave as áreas tidas como sendo de controle da linguagem, as pessoas (terapeuta, familiares e paciente) passam a acreditar na impossibilidade de comunicação, de melhora e de vida normal. Ou seja, conhecer a doença e a lesão do sistema nervoso são importantes para verificar como estas interferem no plano das condutas que é onde a linguagem se constitui e funciona.

Portanto, a afasia, a apraxia e outros distúrbios são conseqüências necessárias de lesões localizadas que alteram a estrutura do sistema nervoso central interferindo na sua dinâmica de estados e interações internas que ele possa gerar sem destruí-lo como rede fechada. Assim, segundo Maturana, todos os distúrbios provocados por lesões do sistema nervoso devem ser compreendidos como mudanças nas configurações de relações de atividade que aparecem em uma rede neuronal fechada, isto é, sem referência a um mundo externo (MATURANA, 2001, p. 104).

Desta forma, por um lado a afasia é um processo interno, ou seja, uma forma do sistema nervoso atuar diante da lesão, de acordo com as possibilidades de manutenção da autopoiese. Por outro, sendo a linguagem um fenômeno da conduta, que constitui e é constituído pelo modo de viver humano, a afasia é uma restrição na possibilidade de estabelecer relações consensuais, ou ainda, uma desorganização das relações consensuais estabelecidas para uma ordem relacional não reconhecida, pelo menos a princípio, como uma forma de relação humana. Em outras palavras, a afasia pode ser vista como uma dificuldade centrada no viver do ser humano, e não somente no organismo, muito embora, seja este organismo o local onde o evento tenha se manifestado.

Penso que, assim como a linguagem, a afasia surge em um modo de viver, em uma forma de fazer as coisas, que vai se estabilizando na atividade cotidiana. Nesse sentido, quando uma pessoa têm, por exemplo, um acidente vascular encefálico e perde a consciência,⁴³ o Afásico só começa a se manifestar quando, no retorno da consciência, a oralidade vai ser distinguida, sendo que esta distinção pode estabilizar uma relação de ajuda, de reciprocidade e/ou uma relação de negação.

⁴³ Refiro-me à consciência ampliada conforme discute Damásio (2000), que implica na capacidade de se ater às especificidades das coisas, lugares, pessoas e acontecimentos, na memória de um futuro planejado.

A meu ver, a relação de ajuda e de auto-ajuda na afasia estão relacionadas com o viver a linguagem como coordenação consensual de forma inconsciente e não como símbolos para a comunicação. Por sua vez, a relação de negação está relacionada com um não conseguir viver a linguagem em outra ordem que não a da simbologia, ou seja, da linguagem verbal reconhecida como correta.

Nesses termos, pode-se dizer, por exemplo, que não é o acidente vascular ou uma outra doença neurológica que causam a impossibilidade de comunicação do Afásico, uma vez que ela não está no encéfalo. A causa real de tal impossibilidade são as pessoas que, ao negarem a linguagem em um sentido relacional, a reconhecem somente como efeito ou produto de uma língua natural, nesse caso, aqui, um código semiótico estabelecido. Nesse sentido, Damásio afirma:

Embora ninguém cogite manter uma conversa normal com um paciente que sofre de afasia global, é possível se comunicar com ele, de maneira rica e humana, se você tiver paciência para amoldar-se ao limitado e improvisado vocabulário de sistemas lingüísticos que o paciente é capaz de desenvolver. Quando o interlocutor se familiarizar com os instrumentos à disposição do paciente, não lhe passa indagar pela cabeça se aquele ser humano está ou não consciente (DAMÁSIO, 2000, p. 147).

A NOÇÃO DE MENTE

A noção dualista corpo/mente como coisas interligadas que permitem a vida, de alguma forma, estimula a crença de que: o corpo (como algo visível, concreto) abriga a mente (conjunto de coisas subjetivas) no seu sistema nervoso, que por sua vez é subentendido, quotidianamente, como o sistema mais complexo do ser humano.⁴⁴ Sendo a linguagem, um dos elementos ou funções da mente, independente dela ser compreendida como dependente ou

⁴⁴ Conversando informalmente com várias pessoas tenho constatado que, para algumas delas, é quase incabível acreditar na possibilidade de que a mente pode não estar no encéfalo. Além disso, percebo uma certa surpresa quando comento que essa forma de pensar pode ser apenas uma forma de descrição do próprio ser humano.

não de outras funções, como por exemplo da inteligência e do pensamento, ela estaria alojada ou, de alguma forma, presente no encéfalo.⁴⁵

Contrário a esse dualismo e à noção de linguagem em uma perspectiva puramente fisiológica (embora biológica), Maturana adota uma postura que vai considerar a mente como um fenômeno relacional, ou seja, como um modo de ser, de fazer, de viver. Parafraseando Maturana, quando falamos de coisas mentais estamos falando de como sentimos ou nos movemos. Quando falamos eu “penso assim”, estamos falando de uma forma de sentir ou fazer algo. Portanto, a mente humana está diretamente relacionada com o modo de viver exclusivamente humano e, nesse sentido, temos que fazer novamente referência à duas questões da *Biologia do Conhecer*:

- a) somos um organismo (com um sistema nervoso) que funciona de forma fechada para o mundo, cegos para aquilo que na distinção de um observador constitui a realidade;
- b) somos humanos não por causa da interioridade corporal, embora dependa dela (e exista a partir dela), mas somos humanos por causa do viver especificamente humano que no cotidiano distinguimos como mente, psíquico ou alma.

Sendo assim, se por um lado a afasia enquanto distúrbio neurológico só pode ser de fato compreendida a partir do funcionamento fechado do sistema nervoso central e não da distinção do observador fundamentada pela realidade externa; por outro, a afasia enquanto problema mental só pode ser compreendida no espaço das relações onde o Afásico é distinguido. Dito isso, pode-se pensar que um sintoma afásico, como por exemplo a parafasia, não existe como tal no sistema nervoso, mas no espaço da relação com um observador. E é com base nessa relação que alguns conceitos como deficiência ou incapacidade irão surgir, conforme o rompimento com um determinado modo de vida, fruto da emergência de um fazer consensual e recorrente. É justamente por isso que, dependendo da dimensão desse rompimento, existirão diferentes diagnósticos e prognósticos para a capacidade mental ou de lin-

⁴⁵ Remeto o leitor para às discussões sobre o localizacionismo (seção 2.1) e o cognitivismo (seção 2.2).

guagem do Afásico. Falando de outra forma, se a afasia corresponde a um evento neurológico que só pode ser explicado enquanto fenômeno fisiológico de um organismo autopoietico, o Afásico enquanto “portador” de uma afasia só pode ser compreendido enquanto ser humano inserido em um modo de viver humano, em suas relações com outros organismos também humanos. No entanto, tais dimensões se entrelaçam, umas modulando as outras, o que não significa umas determinando linearmente as outras.

Essa compreensão possibilita ao fonoaudiólogo (re)pensar o conceito de incapacidade comunicativa do Afásico. Normalmente associamos a extensão e a gravidade da lesão encefálica à uma maior incapacidade de comunicação e de recuperação do Afásico, desconsiderando os seguintes pontos:

- a) de que do ponto de vista neurológico, uma maior gravidade está associada a uma maior possibilidade de alteração estrutural e na dinâmica de estados de um organismo, ou seja, da capacidade de um organismo manter sua organização diante de uma grande mudança estrutural;
- b) de que do ponto de vista humano, o que se determina como extensão ou gravidade está associada a uma observação; e,
- c) de que do ponto de vista terapêutico, a incapacidade de um ser humano está relacionada com o fluir das interações em um modo especificamente humano de viver.

A NOÇÃO DE LINGUAGEM

Para Maturana, a linguagem não é um conjunto de símbolos, embora o ser humano seja simbolizante; tampouco é um estado do sistema nervoso central, embora ele seja importante para a sua constituição, uma vez que sem ele o organismo não teria a possibilidade de viver. Na Biologia do Conhecer, a linguagem flui em uma perspectiva da corporalidade, da conduta, do comportamento. Entrelaçada com o emocional, a linguagem permite a constituição do ser humano e dos seus estados considerados mentais.

Nesse sentido, se a afasia for considerada a partir da definição de Maturana sobre a linguagem, algumas questões podem ser suscitadas:

- a) a afasia poderia não mais ser caracterizada somente pelos sintomas lingüísticos tradicionalmente descritos mas também pelas relações consensuais recorrentes em processo de desestruturação, por causa destes sintomas e de outros fatores relacionais;
- b) os sintomas tradicionalmente descritos seriam símbolos na perspectiva do observador (na linguagem), mas não reações do sistema nervoso central, uma vez que este é cego para o mundo, o que permite não apenas aprofundar a discussão sobre a visão representacionista que sustenta vários conceitos na Fonoaudiologia, entre eles, os de linguagem, aprendizagem e comunicação, como também para elaborar novas propostas terapêuticas; e,
- c) a terapia e o terapeuta ficariam centrados muito mais no modo de vida do paciente do que na sua história fisiológica, embora esta não deva ser desmerecida, uma vez que a fisiologia está entrelaçada com o modo de vida possibilitando que um organismo ao viver as suas relações se constitua como ser humano.

A NOÇÃO DE EMOÇÃO E DE RELAÇÃO

Para muitas pessoas, pode ser difícil aceitar que a emoção em um modo de vida específico seja base para a linguagem e a constituição do ser humano, uma vez que isso nega a clássica importância atribuída à razão. Mas essa posição de Humberto Maturana contribui para a discussão de práticas fonoaudiológicas fundamentadas na emoção do amor, uma vez que ela é a base para a relação social, compreendida não como uma mera relação entre as pessoas, mas como a relação que reconhece e legitima o outro, aceitando-o, compartilhando, enfim, uma relação que possibilita viver consensualmente.

Na Fonoaudiologia, são comuns os comentários de que:

- a) o profissional deve agir com a razão e não se envolver emocionalmente com o paciente;
- b) sem a aceitação do paciente e da família, a reabilitação poderá ficar comprometida. Porém, geralmente, nega-se que a aceitação seja um dos elementos do processo relacional (a qual o fonoaudiólogo está inserido) e que, muitas vezes, deve ser um dos objetivos do trabalho a ser desenvolvido;
- c) as dificuldades dos pacientes podem ser de ordem biológica, psicológica e social. Nesse caso, psicológico, social e biológico estão dissociadas. Assim, por

exemplo, fala-se que a dificuldade do paciente em falar está no âmbito biológico (por causa da lesão), ou que a dificuldade está no plano da relação (com os outros); e,

- d) o trabalho do fonoaudiólogo *é e está* na relação, embora nem sempre seja possível estabelecer critérios teóricos claros ou se ter capacidade para analisá-la.

Tais comentários podem favorecer práticas que deixam de lado o paciente e o contexto envolvido e passam a privilegiar somente a afasia enquanto problema, semelhante a prática médica onde o médico só vê a doença e não o sujeito que é “portador” da mesma.

Tendo dito isso, pode-se verificar que Maturana lança elementos que permitem ao fonoaudiólogo repensar não apenas a relação terapêutica, como também a relação do Afásico com as demais pessoas. Se, por um lado, deve-se considerar a emoção entrelaçada com a linguagem no sentido de uma relação social para estabelecer a relação terapêutica, por outro, o fonoaudiólogo deve considerar o modo como esse mesmo processo se estrutura diante da afasia. Em outras palavras, o fonoaudiólogo deve analisar a sua emoção e a sua linguagem na relação com o Afásico e na relação do Afásico com as demais pessoas, para que possam ser ampliadas, estabelecidas ou reestabelecidas relações sociais.

Nesse sentido, o fonoaudiólogo poderá elaborar critérios fundamentados na tríade emoção, linguagem e relação, lançando mãos de novos elementos para o diagnóstico e para o prognóstico, de elementos fonoaudiológicos que complementem os lingüísticos e os neurológicos já conhecidos. Assim, por exemplo, elaborar formas de avaliação que identifiquem as ações, os momentos e as pessoas que possam estar relacionadas com a emoção e as linguagens que favoreçam as relações sociais, no sentido de o Afásico estar inserido em um modo de vida onde a aceitação e a linguagem sejam privilegiadas em relação à negação e o isolamento.

Se toda história individual é uma epigênese na convivência humana, isto é, se a história de cada indivíduo é um devir de mudanças estruturais contingentes com as interações

com o meio, a partir de uma certa estrutura inicial (que determina as possibilidades de interações e as possíveis perturbações que o organismo pode sofrer sem perder a sua organização autopoietica, ou seja, a sua vida), cada ser humano é um ser variável ou estável conforme é estabilizado o seu viver.

Não somos de nenhum modo transcendente, mas somos num devir, num contínuo ser variável ou estável, mas que não é absoluto nem necessariamente para sempre. Todo sistema é conservador naquilo que lhe é constitutivo, ou se desintegra. Se dizemos que uma criança é boa, má ou boba, estabilizamos nossa relação com ela de acordo com o que dizemos (MATURANA, 2002, p. 30).

Nesse sentido, o fonoaudiólogo poderá buscar uma atuação pautada nessa epigênese, uma atuação que permita ou favoreça ações que estabilizem relações no sentido da convivência e da autoconsciência. Maturana (2001, p. 179) afirma que a maior parte dos nossos sofrimentos surgem de conversações recorrentes ou do entrecruzamentos de conversações que causam um operar repetido em domínios contraditórios de ação.

Nesta atuação pautada na epigênese, deve-se evitar situações onde o Afásico permaneça angustiado, frustrado, onde a família entre em situações frequentes de competição e de desvalorização e desqualificação dos seus membros, como por exemplo, naquelas situações de divergências familiares, de contradições, de medo, de ameaças e chantagens, entre outras. Cabe ao fonoaudiólogo e aos demais profissionais intervirem, não meramente informando, mas orientando o saber e as ações na direção de um fazer consciente relacionado com o seu cotidiano.

2.8 REABILITAÇÃO EM UMA PERSPECTIVA FUNCIONAL

Na área da saúde, em uma perspectiva funcional de reabilitação, a vida cotidiana discutida nas seções anteriores recebe ênfase. Assim, considera-se que uma doença pode atingir a individualidade do ser humano, ou seja, afetar o processo dinâmico de ser e tornar-se

independente (YONG, 2000, p. 35), quando gera uma deficiência ou uma incapacidade⁴⁶ alterando a cotidianidade da pessoa. Por isso, a reabilitação neurológica deve, sem desconsiderar os aspectos orgânicos da doença ou da seqüela dela resultante, avaliar e orientar a deficiência e a incapacidade nas ações do dia a dia. O profissional deve aproveitar atividades reais ou elaborar atividades contextualizadas durante o seu trabalho.

A incapacidade pode ser investigada através da avaliação funcional das atividades de vida diária (AVD): locomoção; transporte; transferências; higiene pessoal; vestuário; alimentação; controle ambiental (controlar luzes, temperatura, televisão, entre outros); comunicação; recreação; tarefas de casa e trabalho.

Vários testes são utilizados para avaliar as AVDs, entre eles: o Índice de Lawton; o Índice de Katz; o Índice de Barthel; e o FIM (Medida de Independência Funcional), utilizado principalmente com pacientes institucionalizados.

Nesse sentido funcional, uma incapacidade não pode ser associada exclusivamente à uma doença ou deficiência. Assim, penso que se a afasia enquanto conjunto de sintomas lingüísticos pode ser diretamente associada à um episódio de acidente vascular encefálico e, conseqüentemente, a uma lesão no sistema nervoso central, o mesmo não pode ser afirmado em relação a dificuldade do Afásico em interagir ou se comunicar.

Portanto, não existe nenhuma relação de causalidade direta entre doença e incapacidade, isto é, é preciso considerar toda a situação social e as necessidades da pessoa, como por exemplo: uma pessoa que tenha uma doença no braço esquerdo, que o impossibilite de movimentá-lo, não estará incapacitada à escrever se ela for destra, ou seja,

⁴⁶Qualquer restrição ou perda resultante de uma deficiência de habilidade para o desenvolvimento de uma atividade, da forma ou dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano, conforme a International classification of impairments, disabilities and handicaps (CIDID/OMS,1980).

não existe nenhuma correlação direta entre uma doença e o espectro de problemas de incapacidade que pode estar associada a ela. A incapacidade depende das necessidades totais do paciente (KOTTIKE e LEHMANN, 1994, p. 1).

Além do mais, durante a avaliação da incapacidade, é necessário considerar o processo de desvantagem, isto é: as dificuldades impostas a um indivíduo resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal (dependendo dos fatores culturais e sociais, idade e sexo) para aquele indivíduo (CIDID OMS, 1988).

Nesse contexto, a avaliação deve identificar tanto os aspectos relacionados com a deficiência, por exemplo, as características da afasia, como as dificuldades sociais impostas de forma consciente ou inconsciente que limitam e estigmatizam a pessoa com deficiência, ou seja, que impedem o desempenho normal de determinadas atividades, como por exemplo, no caso da pessoa afásica, de escolher ou de se colocar, por não conseguir falar.

Desta forma, conforme Kottike e Lehmann (1994), a avaliação pode abranger a história psicológica, vocacional e social:

- a) **na história psicológica** - investiga-se o estilo de vida para verificar a tipologia da pessoa, que pode ser de *orientação simbólica*, ou seja, centrada em idéias, conceitos, palavras e números, *de orientação motora*, isto é, mundo dos objetos e do movimento físico, e de *orientação interpessoal*, ou seja, estreito contato pessoal com os outros;
- b) **na história vocacional** - investiga-se o trabalho considerando a história não vocacional, ou seja, lazer, recreação, esporte, religiosidade e descanso;
- c) **na história social** - investiga-se os aspectos físicos da casa, o ambiente externo e as relações.

Além disso, tanto na avaliação quanto no manejo com a deficiência é necessário identificar se o grau de significância da incapacidade é apropriado para o momento. Assim, deve-se considerar:

- a) a **verdadeira incapacidade** - que é a discrepância entre a capacidade normal e a atual, por exemplo, se o paciente está de cadeira de rodas e a idéia de reabilitação está centrada no voltar a ter todas as habilidades motoras como andar, correr, etc; e,
- b) a **incapacidade significativa** - que é a discrepância entre a capacidade funcional atual e o que a pessoa precisa ou deseja fazer, por exemplo, se o paciente está na cadeira de rodas e deseja ter alguma outra possibilidade como andar com apoio de muletas.

Nesse contexto, Schwartz (1999, p. 98) comenta que é importante distinguir o que é desejo do que é necessidade, considerando que ninguém é totalmente adulto, ou seja, independente; somos, de alguma forma, sempre interdependentes na comunidade.

É importante, ainda, minimizar os fatores limitantes intrínsecos e os extrínsecos, bem como modificar a natureza da tarefa com adaptações que facilitem a sua execução (LISA e GANS, 1998, p. 61-62). A meu ver, isso inclui o processo de estigmatização que leva a pessoa afásica e as demais pessoas de seu entorno a terem descrédito social, ou seja, a não acreditarem mais na possibilidade de linguagem e comunicação da pessoa afásica.⁴⁷

Nesse contexto, penso que as propostas de reabilitação para o Afásico devem considerar:

- a) a necessidade de caracterizar a real incapacidade do Afásico, a discrepância entre a história anterior e posterior à afasia, compreender por exemplo, se o desejo do Afásico e dos familiares é voltar a ser como antes da afasia ou ter alguma possibilidade de poder continuar participando e interagindo para manter a sua individualidade;
- b) que fatores intrínsecos e extrínsecos, além da lesão e dos sintomas lingüísticos, limitam as possibilidades do Afásico viver em um mundo de linguagem; e,
- c) quais adaptações (físicas, materiais e relacionais) são possíveis realizar no sentido de facilitar a linguagem e a comunicação com o Afásico.

⁴⁷ Para compreender a estigmatização remeto o leitor para a leitura de Goffman (1975) “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”.

No próximo capítulo, apresento, com base no referencial teórico adotado, os procedimentos focalizados no cotidiano que, penso, poderão auxiliar na construção de novos métodos para a reabilitação fonoaudiológica do Afásico.

3 METODOLOGIA

Para dar conta dos objetivos propostos, essa pesquisa foi constituída de dois momentos: trabalho bibliográfico e estudo de caso. O trabalho bibliográfico buscou, sobretudo, redimensionar os conceitos de linguagem, comunicação, cotidiano, relação e incapacidade. O estudo de caso foi realizado com um Afásico adulto, escolhido aleatoriamente, visando testar os procedimentos estabelecidos. Os dados foram registrados em um protocolo de observação e gravados em fita K7 para posterior transcrição e análise qualitativa.

3.1 CRITÉRIOS

A seguir, apresento os critérios e o roteiro de atividades focalizados no cotidiano estabelecidos para esta pesquisa. Em relação aos critérios, estabelecemos a cotidianidade vivida e as relações interpessoais do Afásico como critérios interdependentes, incluindo, nesse segundo critério, as emoções e a linguagem em um sentido extralingüístico e consensual. Em relação ao roteiro, privilegiamos atividades domiciliares, extra-domiciliares e clínicas, divididas em atividades para serem realizadas pela família e atividades para serem acompanhadas pelo fonoaudiólogo.

3.1.1 CRITÉRIO DE COTIDIANIDADE VIVIDA

Somos humanos ao vivermos especificamente como humanos. Viver como humanos implica necessariamente uma cotidianidade, ou seja, em participar, ativa ou passivamente, de um conjunto de atividades como todos os aspectos da nossa individualidade. Dito de outra forma, o ser humano constitui-se como tal na medida em que é inserido ou se insere em uma determinada rotina de fazer coisas reconhecidamente humanas. Entre estas coisas humanas, que formam a cotidianidade, temos o trabalho, a vida privada, a vida social, o lazer, o descanso, a religiosidade e o intercâmbio. Na significação e no conteúdo da cotidianidade, destacam-se, sobretudo, a importância da heterogeneidade e da emoção.

No âmbito fonoaudiológico, assumir o critério de cotidianidade vivida significa estabelecer uma prática terapêutica que valorize a necessidade de orientar ou redirecionar a cotidianidade do Afásico, no sentido de favorecer uma rotina diversificada de atividades realizadas na espontaneidade. Uma rotina de fazer coisas comuns aos seres humanos mas vividas de acordo com a individualidade de cada um.

Nesse sentido, o Fonoaudiólogo pode buscar encorajar o Afásico e sua família para o retorno de antigos afazeres e/ou a inclusão de novas atividades em nível domiciliar e extra domiciliar. Porém, isso não significa que o paciente Afásico deva ser exatamente como era antes da afasia para recuperar a sua condição de normalidade. Aliás, creio que isso seria impossível. Não se trata de um mero fazer ou estar presente, mas de ser e sentir-se incluído,⁴⁸ o que muitas vezes não é algo tranquilo, imediato, mas um processo lento de adaptação à nova

⁴⁸ Nessa pesquisa, o termo inclusão é utilizado conforme as discussões atuais na área da Educação Inclusiva, ou seja, igualdade de condições e de oportunidades a partir de relações que, ao invés de negarem a diferença da pessoa com necessidade especial, busquem respeitá-la e aceitá-la. Não se trata de deixar a pessoa com necessidade especial igual aos ditos normais, mas de oportunizá-la e respeitá-la em sua condição, considerando que, para isso, a sociedade necessita redimensionar conceitos, valores e práticas sociais.

condição. Na verdade, a cotidianidade implica ser ativo na vida, como diz Schwartz (1999, p. 91), ter atividades para se dedicar com cuidado, consideração e conscientização.

Nas atividades comuns do dia a dia os consensos são estabelecidos e o ser humano vai aprendendo a viver plenamente a cotidianidade, condição básica para ser reconhecido e tornar-se um indivíduo adulto. Isso implica que considerar as condições de cotidianidade que podem ser recuperadas, independentemente da afasia, poderá favorecer o processo de reabilitação do Afásico em sua condição de ser humano adulto. Nesse sentido, Pérez Pamies (1997, p. 287) destaca o comentário da esposa de um paciente Afásico sobre as vivências do seu marido, evocando um pensamento ioga: a felicidade interior é a consequência de progredir em algo; a angústia, de estar estancado e a desgraça, de deteriorar-se.

A cotidianidade perdida e a sua recuperação e/ou a cotidianidade estabelecida após a afasia podem estar sendo avaliadas constantemente, através de entrevistas que estimulem o narrar escrito ou oral sobre o dia a dia do Afásico e de observações. Dessa forma, pode-se investigar a cotidianidade anterior e posterior à afasia considerando que passado e futuro são formas de viver o presente, buscando assim:

- a) aspectos que podem ser trabalhados no sentido de estabelecer uma cotidianidade que amplie as condições e as possibilidades de motivação e de conversação da pessoa afásica;
- b) condutas de negação e de descrédito presentes no dia a dia que necessitam ser avaliadas e orientadas pelo Fonoaudiólogo, para que não se estabeleça a noção de incapacidade comunicativa.

Com base nesse critério de cotidianidade vivida, poderão ser investigados aspectos como: discrepância entre a rotina anterior e posterior à afasia, nível de independência, desvantagens sociais, perfil do paciente, possibilidades de rotinas/atividades que podem ser orientadas e/ou retomadas, desempenho nas atividades realizadas, entre outros.

3.1.2 CRITÉRIO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Todo ser humano se relaciona consigo mesmo e com os outros. Nenhum ser humano vive totalmente independente, seu desenvolvimento está diretamente associado à necessidade de ajuda em sua vida cotidiana e de ser valorizado pelos outros seres humanos. É com base nas relações interpessoais que o ser humano é capaz de se conservar social e biologicamente, tanto como indivíduo particular quanto genérico, desde que estas relações sejam de aceitação e que permitam a vida cotidiana plena.

Portanto, pautado no critério de relações interpessoais, o Fonoaudiólogo pode identificar através de intervenção direta e indireta elementos indicadores de aceitação ou de negação do Afásico e dos seus interlocutores, uma vez que é através da relação de aceitação que o indivíduo vai tornando-se reconhecido pelo outro e por ele mesmo como ser humano, útil, capaz e social. Tanto a aceitação quanto a negação apresentam-se nas mais variadas formas, como por exemplo, o cuidado e o carinho como formas de aceitação e o abandono como forma de negação. A aceitação não está propriamente no dizer ou no fazer, mas no *como* se diz ou se faz. Ela é uma resposta espontânea vinculada à forma de ser de cada um, de sua constituição, e não uma mera reação isolada.

Viver na emoção do amor favorece o surgimento de situações consensuais recorrentes que, ao não romperem com a conservação autopoietica do organismo e com o modo de viver humano, respectivamente, permitem a manutenção do indivíduo enquanto organismo e enquanto ser humano.

É importante estar atento em como as interações se estabelecem, no processo de conversação, em situações como, nos convites, comentários, pedidos, sugestões, brincadeiras, preocupação, entre outras. Tais situações podem revelar episódios de negação ou de aceitação.

Do ponto de vista social, por influência cultural, as nossas relações não são sempre de aceitação. É no encontro, na convivência, no respeito que a aceitação pode se estabelecer. Porém, aceitar o outro não significa obedecer. A obediência implica fazer algo que não se deseja e, conseqüentemente, ter uma emoção negativa sobre aquele que solicita a obediência. Cria-se assim, uma negação de si mesmo como aquele que obedece e do outro como aquele que manda obedecer (Maturana, 2002, p. 69).

Portanto, aceitar é consenso mútuo, coincidência de desejos, o que não implica necessariamente uma total ausência de discordância, uma vez que a discordância pode estar associada a uma necessidade de mudança no modo de vida estabelecido, em uma aprendizagem, ou seja, a discordância em um domínio de interações poderá tornar-se, gradativamente, um domínio consensual.

É válido destacar, que a não aceitação nem sempre é uma resposta consciente, uma escolha crítica associada a uma forma de viver na negação do outro e de si. As vezes, a não aceitação surge como uma reação inconsciente sem intencionalidade de fazer mal ao outro ou a si mesmo. Assim, por exemplo, quando alguém exige do Afásico uma palavra inteligível, fica com receio de visitá-lo, entre outras, não significa, necessariamente, que não tenha afeto ou preocupação pelo Afásico. Schwartz (1999, p. 109) cita como exemplo o fato de as pessoas, em um momento de tristeza, oferecerem uma caixa de lenço para ele deixando-a longe demais para a sua possibilidade física, negando sem nenhuma maldade a sua atual condição diante da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

É importante que o Fonoaudiólogo indague a família e o paciente sobre a sua atual condição, sobre as possibilidades de viver ou de estar inserido no dia a dia, buscando auxiliar na tomada de consciência sobre a necessidade de estabelecer relações de convivência e uma

cotidianidade plena. Além disso, é fundamental ser um atento observador das relações, sobretudo, nas situações mais elementares, corriqueiras e espontâneas.

Portanto, a avaliação e a terapia podem ser compostas de atividades em nível domiciliar, extra-domiciliar e clínico, planejadas inicialmente a partir dos resultados da entrevista e, posteriormente, a partir dos resultados que vão sendo estabelecidos.

Não proponho com isso, entretanto, que o trabalho clínico tradicional fundamentado nos testes de linguagem e na estimulação da oralidade e da escrita não tenha o seu valor, ou que o atendimento do Afásico tenha de ocorrer em nível domiciliar. Proponho apenas que, se por um lado, a reabilitação fonoaudiológica na área da afasiologia segue a tendência prática de tratar os sintomas lingüísticos (de forma contextualizada ou não) em direção a restabelecer a vida do Afásico; por outro, existe a possibilidade de complementar o tratamento a partir de um trabalho terapêutico que vise o redirecionamento e a reestruturação das relações de convivência e da cotidianidade diminuindo as desvantagens e a incapacidade em direção ao restabelecimento dos sintomas lingüísticos ou simplesmente na direção de construir relações de linguagem.

No primeiro caso, a inibição dos sintomas lingüísticos (temporariamente ou não) é um aspecto básico da terapia para alcançar a comunicação eficiente, ou seja, uma visão mecanicista onde o foco é a afasia e não o sujeito Afásico (TUBERO, 1996, p. 121). No segundo, a linguagem *no* e *como* processo das relações cotidianas é o aspecto básico para as condições de normalização do Afásico, o que não significa normalização da oralidade ou deixar de ser Afásico, e sim a capacidade do outro em normalizar o Afásico e reconhecê-lo como um ser legítimo, capaz de interagir e de se comunicar.

Esta segunda perspectiva é freqüentemente abordada nos trabalhos brasileiros sobre terapia da linguagem, fundamentados na teoria lingüística interacionista em aquisição da linguagem, que interpreta o sintoma afásico como condição de linguagem e não como mera patologia a ser superada. Porém, tal perspectiva permanece centrada fundamentalmente na oralidade e na escritura, embora como discurso, e na interação dialógica.

Tudo isso não significa que os sintomas lingüísticos não devam ser considerados, tratados, mas que o valor dado a eles e a forma de tratamento podem ser redimensionados, tanto no sentido da humanização quanto da cientificidade. Quando falo de humanização, é no sentido de buscar com que o ser humano não seja reduzido a um sintoma, a uma dificuldade, a uma marca. Quando falo cientificidade, é no sentido de reconhecer que o estudo da afasia e o tratamento do Afásico não necessitam ficar centrados, absoluta e exclusivamente, nos aspectos neurológicos e lingüísticos. Deve-se ter claro que, muitas vezes, embora a afasia enquanto conjunto de sintomas neurológicos e lingüísticos não possa ser superada, o condição social do Afásico pode ser melhorada. A função do Fonoaudiólogo é ser terapeuta e não professor de fala, ou seja, seu compromisso é com a inclusão e a diversidade e não com a homogeneidade e a marginalização, muito embora essas questões sejam características históricas do início da profissão no Brasil, voltada para a correção da língua escrita e falada, idealizada e reconhecida em pleno regime militar ditador.⁴⁹

Não se deve esquecer que eticamente o fonoaudiólogo deve buscar esforçar-se para obter o máximo de eficiência com o seu paciente, estando sempre atualizado do ponto de vista científico e técnico, o que implica, a meu ver, reconhecer e construir outros conhecimentos, possibilidades e perspectivas.

⁴⁹ (cf. CAPPELLETTI, 1985; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2002).

O critério proposto poderá permitir, entre outras coisas, avaliar e orientar a diversidade das relações, a emoção da pessoa afásica e dos seus interlocutores, o linguajar, a conversação e aspectos relacionados a aceitação, como por exemplo, oferecer oportunidades, facilitar a relação, afeto e carinho, estar disponível para compreender ao invés de impor, entre outras.

3.2 ROTEIRO E INSTRUMENTOS

Após estabelecidos os critérios cotidianos, conforme explicitado na seção anterior, organizou-se um roteiro de atividades para ser implementado com o sujeito Afásico e sua família, composto de:

- a) **entrevista domiciliar semi-estruturada (Anexo 1)** - elaborada para ser aplicada de forma dialogada com o Afásico e sua família, foi composta de oito itens, quais sejam: identificação, história de vida, história etiológica da afasia, o retorno para casa, principais mudanças na cotidianidade, aspectos sobre as relações, expectativas da família, percepções gerais do pesquisador e observações complementares; e, seus respectivos sub-itens;
- b) **atividades domiciliares e extra-domiciliares (Anexo 2)** - atividades que foram elaboradas após a análise da entrevista e divididas em duas categorias: atividades para serem realizadas com o fonoaudiólogo e atividades para serem realizadas com a família. Essas atividades, foram discutidas, anteriormente, assim como as demais atividades, em uma sessão específica com a família e o sujeito Afásico, considerando:
 - i. a necessidade de indagar e escutar a família e o Afásico sobre as atividades cotidianas possíveis de serem realizadas ou retomadas e as mudanças familiares necessárias para auxiliar na reabilitação,
 - ii. sugerir, ao invés de impor, algumas atividades. Buscando aproximar as atividades que foram pensadas após a entrevista com as atividades vislumbradas pela família e o sujeito Afásico;
- c) **atividades de consultório** - conversação sobre temas considerados emergentes, com base na observação das atividades domiciliares e extra-domiciliares desenvolvidas. Na verdade, as atividades domiciliares e extra-domiciliares serviriam como base para o fluir da conversação com o sujeito Afásico e sua mãe no âmbito do consultório, permitindo que a linguagem fosse avaliada e trabalhada no âmbito da reflexão sobre o dia a dia, sobre as frustrações, as dificuldades e as perspectivas vivenciadas.

Na execução desse roteiro, durante e após a execução das atividades, foram realizados registros em um protocolo de observações (Anexo 3), sendo que a entrevista inicial, a atividade de consultório e a sessão de encerramento foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Por questões éticas e terapêuticas, as demais atividades não foram gravadas.

O roteiro de atividades foi desenvolvido durante o mês de janeiro de 2003, através de onze sessões, descritas a seguir:

- a) **primeira sessão** - aconteceu no dia sete de janeiro de 2004 e objetivou, sobretudo, apresentar a proposta da pesquisa para o Afásico e sua mãe; obter o consentimento livre e esclarecido; e, começar a avaliar a situação atual do sujeito Afásico (Anexo 4);
- b) **segunda sessão** - ocorreu no dia oito de janeiro de 2004, realizou-se: a) uma conversa informal, durante uma hora, sobre o sujeito Afásico, o pesquisador e coisas do dia a dia, com o objetivo de atenuar a ansiedade inicial e promover uma aproximação entre as pessoas envolvidas na pesquisa; b) realização da entrevista de forma dialogada; e; c) observação das relações espontâneas entre familiares e o sujeito Afásico (Anexo 5);
- c) **terceira sessão** - foi realizada no dia onze de janeiro de 2004 e visou discutir as atividades domiciliares e extra-domiciliares pré-elaboradas a partir da entrevista (Anexo 6);
- d) **quarta sessão** - aconteceu no dia doze de janeiro de 2004, com objetivo de desenvolver a seguinte atividade domiciliar: conversação livre e organização das atividades extra-domiciliares (Anexo 7);
- e) **quinta sessão** - ocorreu no dia treze de janeiro de 2004 e a visou duas atividades:
 - i. atividade domiciliar de conversação livre, e
 - ii. atividade extra-domiciliar de visita a um templo espírita (Anexo 8);
- f) **sexta sessão** - foi realizada no dia quatorze de janeiro de 2004 com objetivo de desenvolver uma atividade extra-domiciliar de visita livre, ou seja, de visitar um local escolhido pelo sujeito Afásico. Neste caso, o local escolhido foi a casa de uma amiga (Anexo 9);
- g) **sétima sessão** - aconteceu no dia quinze de janeiro de 2004 e teve como objetivo, realizar as seguintes atividades: a) atividade domiciliar de conversação livre; e, b) atividade extra-domiciliar de visita a uma hípica (Anexo 10);
- h) **oitava sessão** - ocorreu no dia dezesseis de janeiro de 2004 com objetivo de desenvolver duas atividades: a) atividade domiciliar de conversação livre; e, b) atividade extra-domiciliar de acompanhamento a uma sessão de hidroterapia (Anexo 11);

- i) **nona sessão** - foi realizada no dia dezessete de janeiro de 2004 e visou desenvolver a atividade extra-domiciliar de visita a um criadouro de bonsai (Anexo 12);
- j) **décima sessão** - foi realizada no dia dezenove de janeiro de 2004, no consultório, e objetivou realizar uma conversação individual com o sujeito Afásico e, posteriormente, com a sua mãe, sobre temas emergentes, isto é, o dia do AVE; relação familiar; relação com a namorada; as atividades realizadas e/ou orientadas (Anexo 13);
- k) **décima primeira sessão** - aconteceu no dia vinte e quatro de janeiro de 2004 e objetivou o encerramento da pesquisa (Anexo 14).

4 O ESTUDO DO CASO

Esse capítulo foi estruturado do seguinte modo: apresentação do sujeito Afásico da pesquisa; descrição das atividades realizadas, categorizadas em atividades desenvolvidas com a participação do fonoaudiólogo e atividades sugeridas para a família; e, discussão dos resultados obtidos a partir dos critérios de cotidianidade vivida e de relações interpessoais estabelecidos.

4.1.1 O SUJEITO AFÁSICO DA PESQUISA

V tem 42 anos de idade, é auxiliar de enfermagem e faz parte de uma família constituída de cinco irmãos, sendo que ele é o terceiro da família. O sujeito é divorciado e tem dois filhos, uma filha de 12 e um filho de 17 anos. Atualmente está com uma companheira que conheceu cinco meses antes de ficar Afásico, cujo relacionamento está caracterizado pela falta de aceitação, ou seja, está pautado, sobretudo, pelo sentimento de piedade e de culpa:

“Não vejo mais o V como homem, mas como alguém que precisa de ajuda[...].”

(comentário de C por telefone no dia 12 de janeiro, às 20:45h, quanto discutia com o fonoaudiólogo que não quer mais manter o relacionamento mas não sabe como fazê-lo, que o vê como doente e não acredita na possibilidade de recuperar a sua independência).

Antes da afasia, V trabalhou em várias atividades relacionadas ao comércio, entre elas, bar, oficina, borracharia, entre outras. Mais recentemente, atuava profissionalmente na área da saúde, como auxiliar de enfermagem em clínica e hospital.

Sua história apresenta um período associado à dependência química, cuja recuperação permitiu-lhe passar de paciente para coordenador da clínica onde anteriormente era paciente, situação que parece ter sido significativa para a vida de V e que, de alguma forma, pode favorecer o processo de aceitação da condição afásica.

Suas vivências anteriores estavam relacionadas principalmente com atividades de orientação motora e interpessoal, entre elas, destacavam-se as atividades profissionais técnicas e de lazer associadas com uma rotina extra domiciliar ativa, sendo que entre alguns dos seus passatempos, destacavam-se o cuidado com a casa e com o jardim, contato com a natureza, passeios, entre outros.

No campo da religiosidade, V mantém uma preferência pela doutrina espírita, e no dia a dia era reconhecido como um homem de bom humor, ativo, conversador e de muitas amizades.

Todavia, conforme sua perspectiva e de sua companheira, não mantinha uma relação familiar muito próxima com os irmãos.

“o V era uma pessoa maravilhosa, ajudava qualquer pessoa[...], mais, ele não não tinha muito contato com os irmãos, porque os irmãos todos trabalhavam né, não tinham muito contato[...].”

(episódio da conversa ocorrida em nível domiciliar durante a segunda sessão, no dia 08 de janeiro).

Fonoaudiólogo - Eles ficam mais na deles

V- É, é

Fonoaudiólogo - E tu mais na tua

V- É, é, ó, ãã ã (com gesto indicativo com a mão esquerda de um lado para outro da sala)

Fonoaudiólogo - Certo, eles mais pra lá

V- É, é

Fonoaudiólogo - E tu mais pra cá, é isso?

V- É (com gesto afirmativo com a cabeça)

(episódio da conversação ocorrida no consultório durante a décima sessão, no dia 19 de janeiro).

V é definido, pela companheira, às vezes, como um homem bom, alegre, que ajudava a todos; outras vezes, como um homem sem muita paciência, que tinha sido ruim com a sua ex-mulher, de pouco contato com a família.

A partir de maio de 2002, após um episódio de acidente vascular encefálico marcado por dúvidas, desconfianças e explicações confusas, V começa a ser reconhecido como Afásico e deficiente físico.

Nesse contexto, permanece um mês hospitalizado tendo como parecer médico clínico isquemia cerebral com hemiplegia direita e parecer de angiografia digital indicando oclusão da artéria carótida interna esquerda logo após a sua origem, com imagem sugestiva de dissecação (Anexo 15). Posteriormente à alta, a última tomografia computadorizada do encéfalo indica encefalomalácia em território de artéria média à esquerda (superficial e profunda) e sinusopatia hemiesfenoidal (Anexo 16).

Ao receber alta, V retorna para casa de sua mãe, uma senhora de 73 anos de idade, em Florianópolis, Santa Catarina, onde passa a viver uma nova história, caracterizada por uma significativa mudança em sua cotidianidade e pela busca em atenuar as dificuldades de linguagem e as dificuldades motoras, através de fonoterapia e fisioterapia, respectivamente.

Fonoaudiólogo - Qual a rotina dele hoje, atual[...]

Companheira - Só come e dorme, né (olhando para V)

(episódio da conversação ocorrida em nível domiciliar durante a entrevista ocorrida na segunda sessão, dia 08 de janeiro).

Até o final de 2003, V vai apresentar uma série de crises convulsivas que passam a ser uma das causas ou justificativas para a restrição de atividades extra-domiciliares e a ampliação da visão de dependência por parte da sua família e de sua companheira.

Em uma visão clássica, V apresenta sintomas Afásicos na expressão, entre eles, estereotipia, anomia, parafasia e ecolalia; e, sintomas na compreensão, sendo o mais evidente, ficar confuso diante de várias pessoa conversando ao mesmo tempo ou expressão de dúvida e espanto diante de algumas considerações verbais. No entanto, os sintomas de expressão demonstram-se mais freqüentes e significativos do que os de compreensão

Nesse sentido, seu quadro sugere uma afasia do tipo mista, ou seja, componentes relacionados com várias formas clínicas de afasia. Hipótese que vai ao encontro do parecer da sua fonoaudióloga, conforme solicitação no final do mês de janeiro de 2003, para quem V possui uma afasia global⁵⁰ (Anexo 17).

4.1.2 DESCRIÇÃO DO ROTEIRO DE ATIVIDADES

Inicialmente, para uma visão panorâmica sobre o roteiro de atividades desenvolvido, apresento dois quadros:

- a) o primeiro, é referente as atividades desenvolvidas com o Afásico (quadro 2);
- b) o segundo, é referente as atividades sugeridas para serem realizadas pela família (quadro 3).

Posteriormente, apresento uma descrição mais detalhada sobre tais atividades.

⁵⁰ Do ponto de vista neurológico a afasia global está relacionada com uma extensa lesão na artéria cerebral média esquerda. Do ponto de vista clínico, a afasia global está relacionada com um tipo de afasia com acentuada redução de linguagem em nível de expressão e de recepção.

Em relação as atividades desenvolvidas com o Afásico, temos:

Tipo	Atividade	Sessão	Data	Duração	Participantes
Domiciliar	Apresentação da proposta de pesquisa	1	7/1/2004	45 m	Afásico, sua mãe e o fonoaudiólogo
	Entrevista	2	8/1/2004	1,15m	Afásico, sua mãe, sua companheira e o fonoaudiólogo
	Reunião sobre o roteiro de atividades	3	11/1/2004	45m	Afásico, sua mãe e o fonoaudiólogo
	Conversação livre sobre o roteiro de atividades elaborado e organização das atividades extra-domiciliares	4	12/1/2004	1.30m	Afásico, sua mãe, um irmão e o fonoaudiólogo
Domiciliar e Extra-Domiciliar	Conversação livre em casa e Visita a um templo espírita	5	13/1/2004	1.30m	Afásico, sua mãe, um irmão e o fonoaudiólogo
Extra-Domiciliar	Visita livre a um local ou um pessoa	6	14/1/2004	2,30m	Afásico, fonoaudiólogo, uma amiga e seu esposo, uma criança
Domiciliar e extra-domiciliar	Conversação livre em casa e visita a uma hípica	7	15/1/2004	1,50m	Afásico, sua mãe, professor da hípica e o fonoaudiólogo
Domiciliar e extra-domiciliar	Conversação livre em casa e o acompanhamento de uma sessão de hidroterapia	8	16/1/2004	2,30m	Afásico, sua mãe, fonoaudiólogo, dois fisioterapeutas, uma secretária e dez pacientes da turma de hidroterapia
Extra-Domiciliar	Visita a um criadouro de bonsai	9	17/1/2004	2,35m	Afásico, professor de bonsai e fonoaudiólogo
Consultório	Conversação individual com V e sua mãe, sobre: o dia do AVE, relações familiares, relação com a companheira e as atividades sugeridas	10	19/1/2004	1,15	Afásico, sua mãe e o fonoaudiólogo
Domiciliar	Sessão para a finalização da pesquisa	11	24/1/2004	1,15m	Afásico, sua mãe e o fonoaudiólogo
TOTAL	15	11	-	17, 40m	23 pessoas

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas com o Fonoaudiólogo.

No que diz respeito às atividades sugeridas pelo fonoaudiólogo, para serem realizadas com o Afásico pela família, temos:

Tipo	Nº de atividades	Especificação da atividade
Domiciliar	03	Estimular pequenas tarefas e funções dentro da casa, ou seja, dividir responsabilidades; leitura conjunta de livros que auxiliem a enfrentar as dificuldades do dia a dia e aquisição de um vídeo para ampliar o uso da televisão
Extra-Domiciliar	04	Estimular freqüentemente pequenas tarefas do dia a dia, ou seja, dividir responsabilidades; estimular o lazer diversificando as companhias e os locais; estimular o retorno às suas atividades religiosas e estimular as atividades de trabalho e/ou estudo, como acompanhar o irmão na atividade de pintura, encontrar um trabalho voluntário do seu interesse ou aprender uma nova atividade, sugestão: técnica do bonsai
Consultório	01	Levá-lo ao consultório quando solicitado

Quadro 3 - Atividades sugeridas para serem desenvolvidas pela família.

A primeira atividade do roteiro foi a entrevista semi-estruturada, aplicada no dia 08 de janeiro de 2003 com o sujeito Afásico, sua companheira e sua mãe, durante 1h e 15 min. Durante a atividade, percebeu-se que a as respostas fluíram espontaneamente no diálogo, sem a necessidade de obedecer, em algumas situações, a ordem estipulada para as questões. Ou seja, o próprio diálogo que emergia de uma pergunta estendia-se para outras questões presentes na entrevista, como por exemplo, o momento onde estava sendo discutido a questão da religiosidade na história de vida do sujeito Afásico e, espontaneamente, a sua companheira e a sua mãe começaram a falar sobre a história etiológica da afasia.

A partir dessa interação, pôde-se harmonizar atividades domiciliares, extra-domiciliares e de consultório, conforme o roteiro previamente desejado e as especificidades da situação caso.

No entanto, deve-se considerar que:

- a) vários elementos relacionados com a cotidianidade emergiram das relações posteriores a entrevista; e,
- b) durante a entrevista, foram observados os aspectos extralingüísticos presentes, como por exemplo, a ansiedade, as confusões, entre outros.

Isso pressupõe a necessidade de uma perspectiva de trabalho onde a noção de entrevista seja um fluir de linguagem sistematizado e contínuo, ao invés de um procedimento isolado e único para coleta de dados.

Tanto as atividades domiciliares quanto as atividades extra domiciliares sugeridas, na terceira sessão, após análise da entrevista inicial, foram divididas em dois grupos:

- a) atividades para serem desenvolvidas pelo fonoaudiólogo e acompanhadas pela família; e,
- b) aprendizagens e atividades para serem realizadas no convívio com a família.

Nesse sentido, em nível domiciliar, sugeriram-se as seguintes atividades:

a) atividades para serem realizadas com o Fonoaudiólogo

- planejamento, criação e o cuidado de uma horta
- conversação livre

b) atividades para serem realizadas com a família

- **compartilhar atividades** - dividir as responsabilidades domiciliares de forma gradativa, assistida e sistematizada, como por exemplo: na alimentação, no cuidado da casa, entre outras possibilidades, sempre em tarefas que não ofereçam riscos de acidente
- **refletir o processo de aceitação no hábito da leitura** - desenvolver uma rotina de leitura conjunta entre sujeito Afásico, sua família e a sua companheira ou, de leitura individual, de livros e artigos relacionados com a aceitação de mudanças no estado de independência e saúde. Como sugestão, foi oferecido o livro lições de vida e de amor, que discute e orienta como pode-se conviver com a perda da independência física
- **utilização do vídeo** - adquirir um vídeo com o objetivo de diversificar e estimular uma rotina mais ativa, de escolhas, diante do recurso domiciliar mais utilizado pelo sujeito Afásico, ou seja, a televisão.

Em nível extra-domiciliar, influenciado principalmente pela história de lazer e de religiosidade do sujeito Afásico, sugeriu-se:

a) atividades para serem realizadas com o Fonoaudiólogo

- **organizar visita ao centro espírita** - considerou-se a importância da religiosidade na vida de V e optou-se pelo centro que o sujeito Afásico freqüentava e demonstra vontade de retornar
- **organizar visita a uma hípica** - considerou-se que um dos passatempos mais antigos do sujeito Afásico era cavalgar e o seu interesse pela natureza. A escolha do local foi realizada pelo fonoaudiólogo
- **visita livre a um amigo ou parente do sujeito Afásico** - objetivou-se criar um momento relacional ativo, considerando a pobre diversidade de interlocutores e ao mesmo tempo a rotina anterior a afasia. V escolheu visitar uma amiga de trabalho que não a via a quase um ano
- **organizar atividade relacionada com estudo ou trabalho** - considerou-se a importância dessas atividades na vida de V e ao mesmo tempo a sua atual necessidade de independência. Optou-se em visitar um criadouro de bonsai para verificar a possibilidade de realizar um curso para aprender essa técnica, sendo que essa opção pareceu ser a mais adequada pelas seguintes razões: possibilidade de associar estudo, trabalho e lazer; por poder ser desenvolvida em casa ou outro local; por envolver o contato com a natureza, que sempre fez parte da sua vida; e, por não ter a necessidade de controle absoluto das duas mãos.

b) atividades para serem realizadas com a família

- **contato com a religiosidade**, ou seja, levá-lo ou acompanhá-lo, de acordo com a escolha de V, ao centro espírita para que possa voltar a exercer a sua religiosidade
- **lazer**, ou seja, sistematizar e diversificar o lazer, sobretudo, buscando atividades em contato com a natureza e amigos
- **compartilhar as tarefas e responsabilidades de casa**, ou seja, de forma gradativa, sistematizada e assistida, compartilhar as tarefas e as responsabilidades relacionadas com a rotina da vida familiar, como por exemplo, pagar uma conta, ir na padaria, na farmácia, entre outras
- **desenvolver atividades de trabalho**, ou seja, de forma gradativa, sistematizada e assistida, buscar desenvolver trabalhos, voluntários ou não, como por exemplo: acompanhar o irmão nos trabalhos de pintura; realizar trabalho voluntário em alguma instituição comunitária, como sugestão, associações na área da saúde; entre outras possibilidades
- **desenvolver novas aprendizagens**, ou seja, de forma gradativa, sistematizada, assistida e adaptada, buscar novas aprendizagens, sobretudo, relacionadas com o aspecto motor e que permitam, no futuro, constituir-se em uma forma de trabalho, como por exemplo: desenho, pintura ou bonsai.

Em nível de consultório, foi realizada uma sessão objetivada à provocar um fluir de conversações com base em temas considerados emergentes para o processo de reabilitação de V, ou seja, para a construção do processo de aceitação nas relações humanas e para o estabelecimento de uma cotidianidade significativa, quais sejam:

- b) o dia do AVE
- c) a relação com a família
- d) a relação com a companheira
- e) as atividades domiciliares e extra-domiciliares sugeridas

Durante essa sessão, buscou-se conversar, separadamente, com V e com a sua mãe. A mãe de V solicitou que a conversa não fosse gravada e espontaneamente foi abordando os temas descritos anteriormente, seu comportamento demonstrava ansiedade, dúvidas, desconhecimento e uma emoção de negação que sugere estar prejudicando a qualidade da sua relação com V e com a sua companheira.

Das atividades domiciliares, extra-domiciliares e de consultório, discutidas durante a terceira sessão, apenas uma em nível domiciliar não foi aceita pelo sujeito Afásico e

sua família, isto é, a criação de uma horta. Segundo eles, a horta seria destruída pelo cão da família que, por motivos de segurança, necessita ficar solto durante a noite.

Em resumo, o roteiro de atividades realizado com o fonoaudiólogo constituiu-se de quinze atividades, envolvendo atividades domiciliares, extra-domiciliares e de consultório, desenvolvidas em 11 sessões que corresponderam a dezessete horas e quarenta minutos de atividades, com a participação direta e indireta de vinte e duas pessoas diferentes. Essa diversidade permitiu, mesmo sem nenhuma utilização de critérios clássicos, de testes, ou exercícios de oralidade e escrita, avaliar e obter elementos para pensar o tratamento do sujeito Afásico.

Com efeito, verificou-se:

- a) os sintomas afásicos mais comuns, quais sejam: anomia, estereotipia, parafasia, ecolalia e, em algumas situações, a necessidade de maior tempo ou confusão na compreensão da linguagem, como pode ser percebido nas sessões onde as conversações foram transcritas;
- b) as potencialidades para a comunicação, quais sejam: capacidade de expressão facial, corporal e vocal, associada ou não, aos sintomas afásicos descritos anteriormente ou a produção oral e/ou escrita inteligível, capaz de garantir episódios de linguagem. Para a manutenção e a evolução desses episódios, eram necessários a aceitação e a habilidade de interpretação dos interlocutores, como por exemplo, na sexta sessão, dia 14 de janeiro, durante a realização de uma atividade extra-domiciliar de visita livre, na qual V tinha que escolher algum local ou pessoa para visitar. Nessa atividade, tanto para compreender a escolha de V, quanto para o fluir da conversação na casa da amiga escolhida para ser visitada, foi necessário um jogo de observação, paciência, descontração e de interpretação de todos os personagens. Nesse contexto, muitas vezes, a afasia era esquecida e o Afásico priorizado, como na situação em que: posicionada de costas para V, a amiga pergunta algo para ele e, inconscientemente, fica esperando uma resposta verbal, ao se darem conta da situação, avançam na conversação sem tecer nenhum comentário;
- c) a capacidade motora funcional independente da hemiparesia;
- d) as dificuldades relacionais, destacando-se as dificuldades de relação do sujeito Afásico com sua mãe e com sua companheira, como pode ser percebido na descrição das sessões realizadas;
- e) ações domiciliares e extra-domiciliares que interferem na reabilitação, destacando-se a rotina limitada e a perda de independência e de descrédito social, desencadeadoras de frustrações que necessitam ser orientadas;
- f) situações de contato com a linguagem no seu mais amplo sentido, indicando a possibilidade de uma atuação fonoaudiológica não caracterizada pela prática

mecânica de ensino, mas pela ação terapêutica voltada para a recuperação de um sujeito. Assim, o tratamento fonoaudiológico com base na cotidianidade e nas relações humanas poderá se caracterizar como um tratamento que não busca exclusivamente a superação da condição afásica mas a recuperação de um cotidiano que possa ser reconhecido como normal, em que os sintomas afásicos ganhem sentido nas interações do dia a dia.

Todas essas questões verificadas, são fundamentais para a avaliação e a terapia, capazes de auxiliar, tanto no diagnóstico quanto no prognóstico fonoaudiológico de V.

Em relação às atividades sugeridas para a família realizar com o Afásico, tivemos: três atividades domiciliares, sendo duas voltadas para o desenvolvimento da participação e da aceitação e uma para a ampliação de recurso material; quatro atividades extra-domiciliares voltadas para a participação e aceitação através da divisão de responsabilidades, lazer, religiosidade e trabalho, buscando uma diversidade que permitisse ao mesmo tempo, repensar a noção de dependência e incapacidade e oportunizar situações humanas reais de linguagem.

4.1.3 COTIDIANIDADE, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E FONOAUDIOLOGIA

Os critérios fonoaudiológicos estabelecidos foram utilizados para avaliar o Afásico durante as atividades desenvolvidas, analisados a partir da fundamentação teórica, considerando a história de vida antes da afasia e a história de vida atual do Afásico.

O resultado dessa fase gerou os quadros 4 e 5, a seguir, onde de forma geral são pontuadas considerações sobre a cotidianidade e as relações do Afásico. Mais adiante, essas considerações são detalhadas frente a sua importância para a reabilitação fonoaudiológica.

Sobre o critério de cotidianidade vivida, emergiram os seguintes resultados:

Critério de Cotidianidade Vivida	
Avaliação	Resultados
Discrepância entre a rotina anterior e atual	Significativa discrepância
Nível de independência Domiciliar	Rotina caracterizada pela independência. Porém, em vários momentos, esta independência está associada a uma noção de descrédito social por parte da família e da companheira
Desvantagens mais evidentes	Relacionais, Físicas e Materiais
Perfil	Perfil relacionado, sobretudo, com atividades motoras e interpessoais, tendo uma história vocacional associada a saúde e ao comércio e uma história não vocacional voltada para o lazer em contato com a natureza e/ou com amigos ou a companheira; a religiosidade; e, para a uma rotina inquieta de atividades preferencialmente extra-domiciliares.
Nível de independência extra-Domiciliar	Rotina caracterizada pela dependência e, em vários momentos, associada a uma noção de descrédito social por parte da família e da companheira, que contrapõe-se à vontade de V de se independente
Desempenho nas atividades desenvolvidas	Mostrou desempenho funcional eficiente em nível motor e de linguagem na maioria das atividades
Atividades que podem ser retomadas	Atividades de ajudar na rotina Doméstica e extra-domiciliar, de lazer, de religiosidade e de trabalho e/ou estudo assistido e não formal.

Quadro 4 - A Cotidianidade vivida e a Reabilitação Fonoaudiologia do Afásico

No que se refere a discrepância entre a rotina anterior à afasia e a atual, destaca-se que antes o sujeito V residia sozinho em uma casa e apresentava um estilo de vida relacionado com atividades motoras e interpessoais.

Sua história vocacional estava associada à saúde e ao comércio e a história não vocacional era voltada para: a) o lazer em contato com a natureza e/ou com amigos ou a companheira, como pescaria e jardinagem; b) para a religiosidade espírita; e, c) para a uma rotina inquieta de atividades preferencialmente extra-domiciliares, caracterizadas por relações sociais, muitas vezes, inconstantes, que variavam da bondade para a impaciência e da aproximação para o distanciamento das pessoas da família nuclear.

Nesse sentido, a afasia causou uma significativa discrepância na rotina vocacional e não vocacional de V, como relatada, por exemplo, em episódios da segunda sessão, durante a entrevista realizada no dia oito de janeiro; e, em outras atividades extra-domiciliares.

Episódio 1

Fonoaudiólogo - Com que tu trabalhava, qual a tua profissão

V- Aaa (gesto com dedos da mão esquerda indicando muitos)

Fonoaudiólogo - Muitas, muitas, quais, quais (sorrindo).

Episódio 2

Fonoaudiólogo - Qual a rotina dele hoje[...]

Companheira - Só come e dorme, né (olhando para V), não faz mais nada, e fica sentado.

Episódio 3

Fonoaudiólogo- Tinha bastante amizades

Companheira - Todas, todas

Fonoaudiólogo - E como é o contato hoje com esses amigos, existe

Companheira - Não, não, porque quase todos na Palhoça né.

Episódio 4

Fonoaudiólogo - E esse contato que ele tinha com a doutrina espírita antes, tinha uma rotina semanal

Companheira - Sim, sim, sim, uma vez por semana

Fonoaudiólogo- E agora ele tá mais afastado

Companheira - Sim, mas ele gosta muito[...].

(Episódios da segunda sessão: entrevista realizada em 8 de janeiro de 2004).

Sobre o nível de independência domiciliar, V apresenta possibilidades de independência, é mais ativo, porém em nível extra-domiciliar tende a ser dependente, aspecto que está intimamente relacionado com o descrédito da família, de sua companheira e, muitas vezes, dele mesmo.

Fonoaudiólogo - Então, o que vocês acham que ele gradativamente pode tá retomando a fazer[...]

Companheira - Agora eu acho que não é possível, porque a mão dele não mexe[...]

Fonoaudiólogo - Então vamos ver assim, vocês consideram o V uma pessoa independente

V- Não

Companheira - (faz gesto com a cabeça negando independência evitando que V a veja)

(Episódios da segunda sessão: entrevista realizada em 8 de janeiro de 2004).

No entanto, seu desempenho funcional e sua participação nas atividades propostas indicam uma significativa possibilidade de independência parcial ou total para várias atividades, percebidas em situações, como:

- a) na sua participação ativa durante a entrevista na segunda sessão (dia 08 de janeiro de 2004);
- b) na capacidade de escolher, se posicionar, orientar e participar de atividades extra-domiciliares como nas sessões dos dias treze, quatorze, dezesseis e dezessete de janeiro de 2004;
- c) em comentários de V sobre a sua condição afásica, como na décima primeira sessão em 19 de janeiro de 2004 no consultório

Fonoaudiólogo - Tá, mas como é que está sendo pra ti, por exemplo, Ter ido lá na hípica[...]

V- Éé, bom

Fonoaudiólogo - foi bom né

V - bom

Fonoaudiólogo - Então V, como a gente pode continuar essas atividades, como que tu pode conseguir tá tendo essa rotina, ir na casa dos outros [...]

V- Carro

- d) na capacidade de manter um ritual típico voltado a sua crença, como verificado na quinta sessão, dia treze de janeiro de 2004, durante visita a um templo espírita;
- e) na sua participação totalmente independente na hidroterapia, verificada na oitava sessão, no dia dezesseis de janeiro de 2004;
- f) na sua capacidade funcional de linguagem e de orientação espacial em atividades extra-domiciliares como a visita à casa de uma amiga no dia quatorze de janeiro de 2004, na sexta sessão; entre outras.

Portanto, V demonstrou que sendo oportunizado e atenuadas as desvantagens, sua condição de dependente poderá modificar-se no sentido da participação, autonomia e responsabilidade, ou seja, do incapaz poderá passar a ser capaz.

Dessa forma, percebe-se o quanto a afasia é contundente para o ser humano, alterando sua cotidianidade, estabelecendo uma dependência ou incapacidade nem sempre reais, ou seja, nem sempre associadas à afasia e/ou demais condições patogênicas, mas associadas, sobretudo, a fatores relacionais que não oportunizam à inclusão do Afásico na cotidianidade. Esta é uma questão que precisa ser cautelosamente avaliada e orientada no processo de reabilitação.

No que tange às principais desvantagens a que o sujeito Afásico está exposto, destacam-se:

- a) o nível de informação e de consciência das pessoas sobre afasia, que pôde ser percebido em várias atividades domiciliares e extra-domiciliares. Na sexta sessão, no dia 14 de janeiro de 2004, durante a visita a uma amiga de V, percebeu-se vários episódios de desinformação e de confusão, como por exemplo, falar mais alto e pausadamente com V e questionar se ele lembra das coisas. No âmbito das relações familiares e com a companheira, percebeu-se uma visão segregacionista voltada para o isolamento e para a superproteção, que podem orientar práticas nesse sentido, como por exemplo:

Companheira - [...] Ele podia assim ó, por exemplo, um exemplo que eu vou dar mas Deus o livre não é, um exemplo é a APAE, por exemplo

Fonoaudiólogo - Sim

Companheira - Os, os excepcionais vão lá pra aquela, vão lá pra APAE, o dia inteiro eles tem o que fazer

Fonoaudiólogo - Correto

Fonoaudiólogo - Como vocês se comunicam no dia a dia com ele?

Companheira - Eu forço ele a falar [...] (indicando que não aceita quando V tenta se comunicar sem uso da fala)

Fonoaudiólogo - Daí tu faz de conta que não foi contigo?

Companheira - Não, não é comigo, aí ele começa a rir [...]

(episódios da conversação em nível domiciliar durante a entrevista ocorrida, na segunda sessão, no dia 8 de janeiro de 2004).

- b) restrita diversidade de relações interpessoais e de recursos materiais, como por exemplo, um carro para facilitar a saída de casa; e,
- c) atual condição física e a dificuldade dos interlocutores em estabelecer um jogo de interpretações e sentido para a conversação.

Essas desvantagens precisam ser orientadas e redirecionadas conjuntamente com a família, caso contrário o trabalho poderá estar voltado apenas para afasia e não para o Afásico

Além do mais, temos que questionar se as desvantagens e a visão de descrédito social a que V está exposto poderão ser redirecionadas somente com a informação ou se é necessário instalar situações vivenciais, onde fonoaudiólogo, Afásico e família possam refletir no sentido da busca por uma nova consciência.

Ainda antes da afasia, V apresentou uma história relacionada com situações de autonegação e de superação, como por exemplo o período em que foi dependente químico, que tanto podem interferir como contribuir para a sua reabilitação, conforme sua consciência.

No que concerne ao perfil do sujeito Afásico, após a afasia, sua cotidianidade mudou de forma significativa, ou seja, passou a residir na casa de sua mãe, distanciou-se do trabalho, das atividades preferidas de lazer, de amigos e da religião, tendo que enfrentar basicamente duas situações cruciais: a diminuição das atividades motoras e interpessoais que o constituíram e assumir uma rotina preferencialmente domiciliar com relações restritas.

Em relação ao nível de independência extra-domiciliar, V apresenta rotina caracterizada pela dependência e, em vários momentos, associada a uma noção de descrédito social por parte da família e da companheira, que contrapõe-se à vontade de V de ser independente.

Sobre a capacidade de desempenho nas atividades desenvolvidas, percebeu-se desempenho funcional eficiente em nível motor e em nível de linguagem, na maioria das atividades, o que sugere possibilidade de melhorar o seu grau de independência domiciliar e extra-domiciliar e aponta para uma potencialidade de comunicação.

No que se refere as atividades que podem ser retomadas, no sentido de contribuir para a sua reabilitação, temos atividades de ajudar na rotina doméstica, extra-domiciliar, de lazer, de religiosidade e de trabalho e/ou estudo não formal e assistido.

Nesse sentido, pôde-se verificar aspectos relacionados com a cotidianidade que interferem e aspectos que podem favorecer na efetivação de uma reabilitação fonoaudiológica significativa de V, que não podem ser negligenciados, quais sejam,

a) aspectos que interferem:

- estabelecimento de uma rotina fundamentalmente domiciliar
- rotina domiciliar e extra-domiciliar restrita

- perda da condição de residir sozinho
- estabelecimento da noção de dependência associada a alteração no seu perfil, ou seja, no seu estilo de vida motor e interpessoal
- desvantagens associadas a questões de ordem relacional, material e de condições físicas

b) **aspectos que podem favorecer:**

- desempenho funcional em nível motor e de linguagem em todas as atividades realizadas
- consciência sobre a necessidade de mudanças e de alcançar certa independência

Fonoaudiólogo - O que precisa tá mudando V, na tua opinião

V- O (sorri e faz gesto com os dedos indicando muito)

Fonoaudiólogo - Muita

V- Muita

Fonoaudiólogo - É, tu acredita que pode tá mudando

V- (Indica com movimento de cabeça que sim)

Fonoaudiólogo - Então assim, eu sei que tá difícil pra tu falar, mas vamos tentar, tu tinha vontade de morar em uma outra casa

V- Casa, é

Fonoaudiólogo - Outra casa, em que casa, na tua casa lá em Palhoça⁵¹

V- É

Fonoaudiólogo -É

V- É

Fonoaudiólogo - Na tua casa lá em Palhoça, é isso?

V- É

(episódio da conversação ocorrida na décima sessão, realizada no consultório, no dia dezoito de janeiro de 2004).

Em relação ao critério de relações humanas, temos os seguintes resultados:

Avaliação	Resultados
Diversidade	Restrita.
Emoção	Emoções de aceitação e de negação.
Linguajar	O linguajar ocorria através de gestos e expressões corporais e faciais, escrita, vocalizações e episódios de fala acompanhados, sobretudo, de ecolalia, parafasia, estereotipia e anomia, com mudanças de intensidade vocal dependendo do contexto.
Conversação	Geralmente fluía para a sua vida antes da afasia, sua condição afásica e hemiparética, sua rotina atual, sua relação familiar e com a companheira, para as atividades de recuperação ou para as atividades realizadas na pesquisa.
Aspectos na busca da aceitação	Quando V recebia oportunidade para se colocar, Quando buscava-se facilitar a conversação na busca do entendimento, Quando demonstrava-se humor, alegria carinho e afeto em situações de dificuldades ou não, Quando buscava-se explicar ao invés de aconselhar, Quando mantinha-se a calma e tentava-se encontrar outra forma de dizer ou uma outra direção para a conversação, Quando a ação indicava credibilidade ao invés de descrédito.

Quadro 5 - As Relações Interpessoais e a Reabilitação Fonoaudiológica do Afásico

⁵¹ Cidade das mediações de Florianópolis - SC.

No que diz respeito à diversidade das relações, o dia a dia resume-se, basicamente, ao contato com a sua família, terapeutas, pacientes da hidroterapia e, aos finais de semana com a sua companheira.

Nesse contexto restrito, percebe-se a necessidade de resgatar relações com amigos e ao mesmo tempo a relação de namoro com a sua companheira, como formas de resgatar sua história anterior a afasia. Tal situação deve ser redirecionada não propriamente no sentido de tornar-se cúmplice para o resgate dessas relações, do passado, mas cúmplice dessa necessidade e da possibilidade de, no âmbito dessas relações, ou de outras, construir uma nova história, uma história que permita a manutenção da sua humanidade.

Foi nesse sentido que as atividades extra-domiciliares foram desenvolvidas, não com o objetivo de reproduzir o passado, mas de ao revivê-lo em algumas situações, estabelecer novas possibilidades de viver a sua forma de ser, a sua identidade.

A restrição nas relações humanas, apontam para duas importantes questões, ambas capazes de interferir no processo de reabilitação de V:

a) a diminuição significativa de uma forma de viver que o caracterizou, ou seja, uma forma de viver imersa na diversidade de relações, como nos comentários sobre a sua condição de independência e nesse sentido do quanto conhecia diversos lugares, como aconteceu na atividade extra-domiciliar realizada na quinta sessão, no dia treze de janeiro de 2004; e, em outras situações:

Fonoaudiólogo - Tinha bastante amizades

Companheira - Todas, todas,

Fonoaudiólogo - E como é o contato hoje com esses amigos, existe

Companheira - Não, não, porque quase todos na Palhoça, né, não tem mais[...]

(episódio da conversação ocorrida na décima sessão, realizada no consultório, no dia dezoito de janeiro de 2004)

Mãe - Ele era muito alegre

Companheira - É, muito alegre

Mãe - Muito divertido

Companheira - É

Fonoaudiólogo - Então ele falava demais

Companheira - Falava demais

Mãe - Falava demais, passeava demais

(episódio da conversação ocorrida na décima sessão, realizada no consultório, no dia dezoito de janeiro de 2004)

- b) **a negação da condição afásica**: que emerge em várias situações, tanto por parte de V quanto por parte dos outros.

Em relação às emoções, presentes em nível domiciliar, predominaram emoções que favorecem ou refletem a não aceitação. Tais emoções emergiram com menos intensidade nas atividades extra-domiciliares e no consultório, sugerindo, entre outras coisas, a necessidade de ampliá-las e a necessidade de sistematizar um trabalho familiar.

Assim, por um lado, durante as atividades, emergiram emoções como ansiedade, dúvidas, frustração, tristeza, discordância, confronto de opiniões e falta de paciência; por outro, emoções de humor e afeto na busca pela aceitação da condição afásica. Destaca-se, que as situações de humor de V sobre a sua condição afásica, serviam, de alguma forma, para diminuir a ansiedade que emergia durante as dificuldades de comunicação. Nesse sentido, Schwartz (1999, p. 41) comenta que o humor pode ser útil para desarmar a frustração, embora não deva ser utilizado como forma de depreciação.

Em nível domiciliar, a negação foi mais evidente, destacando-se a relação mãe e Afásico, Afásico e sua companheira e mãe e companheira de V. Porém, em nível extradomiciliar, V mostrava-se, na maioria das vezes, mais paciente diante das dificuldades dos seus interlocutores em compreendê-lo; como na relação com o professor de bonsai durante a nona sessão, no dia 17 de janeiro de 2004; e, demonstrava episódios de solidariedade, como por exemplo, frente à condição de doença e à desmotivação da sua amiga durante a atividade extra-domiciliar da Sexta sessão, no dia 14 de janeiro de 2004.

Assim, a aceitação era percebida, sobretudo, nas situações onde a emoção e a conversação fluíam para a paciência, o afeto, o respeito diante da frustração do não conseguir,

a oportunização, a credibilidade, entre outras, a qual permitia um fluir de linguagem com episódios eficientes, destacando-se a sexta e a nona sessões nos dias quatorze e dezessete; e, se fazia ausente, quando fluíam para a falta de paciência, para a negação do outro e das dificuldades encontradas. Nesse contexto, percebeu-se, conforme transcrições das sessões, que a relação entre V e sua mãe; entre V e sua companheira; e, entre V, sua mãe e sua companheira, a tendência era instalar-se situações de negação, relacionadas, em parte, pela desvantagem do desconhecimento.

No que se refere ao linguajar e à conversação, durante as atividades:

- a) acontecia de forma ativa em várias situações; e,
- b) fluía, principalmente, quando se estabelecia um jogo de interpretação e de sentido pelo contexto situacional. Geralmente fluía para a história de vida de V antes da afasia, para a sua condição afásica e hemiparética, para sua rotina atual, para sua relação familiar e com a companheira, para as atividades de recuperação ou para as atividades realizadas nesta pesquisa.

Dessa forma, mesmo considerando que a linguagem e as conversações poderiam fluir de forma mais intensa, V manteve um posicionamento ativo, conseguiu estabelecer comunicação: perguntou, respondeu, questionou, comentou, enfim, conseguiu compreender e ser compreendido em várias situações. Muito embora os sintomas afásicos estivessem mantidos nessas situações, necessitou: a) encontrar recursos comunicativos facilitadores ou alternativos; e, b) que o interlocutor se ajustasse a sua condição, como ocorreu em várias situações, por exemplo:

- a) na terceira sessão, realizada no dia onze de janeiro de 2004, quando V dirige-se até o quarto e pega um livro para facilitar o diálogo com o fonoaudiólogo, indicando que ver filmes no vídeo implicava em ler a tradução;
- b) quando buscava, espontaneamente, escrever ou fazer o gesto escrito da palavra no ar, como forma de facilitar a compreensão do que queria dizer.

Sobre a busca do sujeito Afásico e seus interlocutores, familiares ou não, em aceitar a condição afásica, estabeleceram-se, nas várias atividades, situações como: receber/oferecer oportunidade para se colocar; buscar facilitar a conversação para que ocorresse

entendimento; demonstrar humor, alegria, carinho e afeto em situações de dificuldades ou não; buscar explicar ao invés de aconselhar; manter a calma e tentar encontrar uma outra forma de dizer ou uma outra direção para a conversação; indicar credibilidade ao invés de pontuar descrédito; entre outras.

Esses resultados permitiram elementos para compreender que a afasia do sujeito é, conforme a postura clássica, do tipo fluente. Porém, trouxeram outros importantes elementos para o diagnóstico e o prognóstico: as relações entre familiares e a independência do sujeito Afásico no seu dia a dia.

Acredito que considerar esses dois aspectos poderá contribuir na elaboração de atividades contextualizadas para a reabilitação dos sintomas afásicos e, ao mesmo tempo, para o redirecionamento da cotidianidade e das relações humanas.

Na verdade, deve-se perguntar:

- a) a clássica fonoterapia clínica, fechada no consultório e voltada para atividades de oralidade e escrita, contribuiria para redirecionar a cotidianidade e as relações desse sujeito, no sentido de auxiliá-lo na sua independência;
- b) os sucessos ocorridos em relação a afasia durante esse modelo de fonoterapia garantem necessariamente uma vida mais ajustada em termos de linguagem para o Afásico;
- c) adotar uma fonoterapia centrada no redirecionamento da cotidianidade e das relações contribuirá para trabalhar a afasia; e,
- d) os sucessos ocorridos em relação ao viver do Afásico durante esse modelo de fonoterapia garantem necessariamente uma melhora da afasia.

Nesse contexto de discussões, verificou-se que, ao estar imerso em atividades cotidianas, houve a possibilidade de:

- a) situações de oralidades consideradas normais durante conversação, como por exemplo:

Fonoaudiólogo - Tá, mas como foi pra ti, por exemplo, ter ido lá na hípica, ter ido visitar a tua amiga[...]

V- Éé, bom

Fonoaudiólogo - Foi bom, né?

V- Bom

Fonoaudiólogo - Tu te sentiu bem

V- É (gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Tu percebeu como tu conversou com as pessoa

V- É, é

Fonoaudiólogo - Como as pessoas conseguiam te entender

V- É

Fonoaudiólogo - Acho que isso é o mais importante, né V

V- É

Fonoaudiólogo - A gente foi lá no centro espirita também, que é uma coisa que fazia tempo que tu não ia

V- (gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Então V, como a gente pode continuar essas atividades [...]

V- Carro

- c) situações de normalização do Afásico no processo de conversação, quando o seu interlocutor não priorizava a afasia. Uma delas, por exemplo, foi a situação dialógica espontânea entre o Fonoaudiólogo, V e a secretária da Clínica de Fisioterapia:

Fonoaudiólogo - A clínica é nova aqui?

Secretária - Aqui é, antes ficava do lado da academia

V- Faz um gesto indicativo com a mão esquerda para a sala da clínica, fala/ó/e faz um outro gesto com o dedo polegar da mão esquerda e uma expressão facial indicando algo positivo

Secretária - Olha para V e diz “é aqui ficou bem melhor”

V - Faz um gesto afirmativo com a cabeça

Para as atividades sugeridas para a família, temos o quadro a seguir:

Cotidianidade e Relações Interpessoais nas atividades sugeridas para a família		
Tipo	Atividade	Considerações
Domiciliar	Incentivar pequenas tarefas	Destacou-se o incentivo para atividades voltadas para a recuperação física e para a manutenção de V no cuidado do seu Quarto e na participação em atividades como: guardar a louça, varrer a casa e cuidar do quintal.
	Leitura conjunta	O livro sugerido foi lido espontaneamente pelo irmão, a mãe leu algumas partes e a cunhada buscou, em algumas situações, ler para V, que aceitou a idéia e comentou ter gostado do livro.
	Aquisição de um vídeo	Não percebeu-se um movimento favorável.
Extra-Domiciliar	Incentivar pequenas tarefas	A única atividade percebida a ida de V ao cabeleireiro.
	Estimular o lazer	Resistência significativa de V para sair com a família e dificuldade dos familiares em estabelecer formas de incentivo para o lazer, fixam-se em convidar e aconselhar V ao invés de escutá-lo.
	Estimular a religiosidade	Não percebeu-se ações favoráveis.
	Estimular atividades de trabalho e/ou estudo	As ações ainda estão centradas no descrédito, na noção de dependência, onde os familiares demonstram dificuldade para estabelecer condutas favoráveis nesse sentido.
Consultório	Levá-lo ao consultório	O irmão de V estava em casa mas não o levou para o consultório, que ficava em um outro bairro e existia a necessidade de pegar duas conduções.

Quadro 6 - Cotidianidade e Relações Interpessoais nas atividades sugeridas para a família

Frente a estas atividades, percebe-se algumas dificuldades e algumas possibilidades. Entre as dificuldades, temos: tendência da família associar a necessidade de estabelecer uma rotina domiciliar e extra domiciliar mais significativa com atividades para a sua condição física, ou seja, a hemiparesia; dificuldade para estabelecer uma rotina extra-domiciliar por consequência das relações de negação e das desvantagens já citadas. Nesse contexto, destaca-se que apesar das tentativas da família em fazer V sair de casa, não eram consideradas, muitas vezes, a sua possibilidade de escolha e a necessidade de oferecer uma diversidade de ambientes e de pessoas.

Entre as possibilidades, temos as mobilizações percebidas em alguns momentos, como por exemplo, a realização das sugestões voltadas para a participação de V em tarefas da casa e a leitura conjunta.

Ainda nesse contexto, embora a mãe de V apresente dificuldades para auxiliá-lo em estabelecer uma rotina mais significativa, reconhece a importância das atividades:

Fonoaudiólogo - Mais no que que contribuiu assim, no que a Sra percebeu que o V melhorou?

Mãe - Eu percebi que ele ficou mais alegre, e essa saída que tu saias com ele, foi muito boa, foi muito boa, ee, e muitas coisas mesmo, né V.

Em resumo, para fins de terapia, considera-se que para ocorrer a sistematização plena das atividades no sentido de redirecionar o cotidiano, seriam necessário trabalhar três questões: a) a contratação de um cuidador que pudesse acompanhar o sujeito Afásico no seu dia a dia, como forma de possibilitar uma independência domiciliar assistida; b) a reorganização da família, dividindo as tarefas, o acompanhamento de V e possibilitando uma rotina mais diversificada, descentralizada do contato exclusivo com a mãe ou a sua companheira; e, c) a necessidade de ser revista, pelo sujeito Afásico, sua mãe e sua companheira, a relação entre eles.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou avaliar procedimentos para a reabilitação fonoaudiológica do Afásico com base em uma perspectiva focalizada no cotidiano. Para atingir esse objetivo geral, de forma específica, este trabalho visou:

- a) aplicar conceitos de teorias não fonoaudiológicas para auxiliar na definição dos procedimentos;
- b) apresentar critérios fonoaudiológicos focalizados no cotidiano;
- c) compor roteiro de atividades e instrumentos com base no cotidiano; e,
- d) testar roteiro, instrumentos e critérios, mediante estudo de caso.

Em relação ao primeiro objetivo específico, destacaram-se: a visão de linguagem orientada pela pragmática lingüística; as pontuações neurolingüísticas de Lebrun e Coudry sobre a necessidade de se repensar a reabilitação do Afásico; a noção de vida cotidiana na visão sociológica de Heller e Carvalho; os conceitos de linguagem, mente, relação social, entre outros, da Biologia do Conhecer e a noção de incapacidade em uma perspectiva funcional de reabilitação.

No que se refere ao segundo objetivo específico, estabeleci os seguintes critérios:

- a) **critério de cotidianidade vivida** - visa o mapeamento da rotina anterior e posterior à afasia, sendo capaz de avaliar a discrepância entre as duas rotinas, o nível de independência domiciliar e extra-domiciliar, as desvantagens mais evidentes, o perfil do paciente, as possibilidades de rotinas/atividades que po-

dem ser orientadas ou retomadas e o desempenho do Afásico nas atividades cotidianas, entre outros aspectos; e,

- b) **critério de relações interpessoais** - visa o mapeamento de como as relações se estabelecem e se mantêm, sendo capaz de avaliar a diversidade destas relações, as emoções envolvidas, o linguajar, o tipo e o rumo da conversação, entre outros aspectos.

Tais critérios emergiram a partir da fundamentação teórica adotada, que permitiu, entre outras coisas, redimensionar as noções de linguagem, comunicação, relação e incapacidade. Em relação à linguagem e à comunicação, a capacidade de recepção e produção oral foi substituída pela capacidade de agir, fazer e dizer coisas. No que diz respeito à relação, valorizou-se a necessidade do processo de aceitação do Afásico. Em relação à incapacidade, assumiu-se a noção de que tal condição é socialmente construída.

Sobre o terceiro objetivo específico, isto é, compor um roteiro e instrumentos para avaliar os critérios acima descritos, elaborou-se um roteiro de atividades composto de: entrevista semi-estruturada, atividades domiciliares, atividades extra-domiciliares e atividades de consultório. Tais atividades foram desenvolvidas em onze sessões e registradas conforme o protocolo de observações elaborado (Anexo 3). Destaca-se que algumas sessões foram gravadas e, posteriormente, transcritas para o respectivo protocolo.

Em relação ao quarto objetivo específico, que foi testar critérios, roteiro e instrumentos, realizou-se um estudo de caso que permitiu avaliá-los como procedimentos para a reabilitação fonoaudiológica em uma perspectiva focalizada no cotidiano.

Nesse sentido, percebeu-se que sem a utilização de critérios, testes e atividades clássicas, foi possível identificar elementos para pensar o tratamento do sujeito Afásico, entre eles:

- a) os sintomas afásicos mais comuns;
- b) as potencialidades para a comunicação;
- c) a capacidade motora funcional independente da hemiparesia;

- d) dificuldades relacionais;
- e) ações domiciliares e extra-domiciliares que interferem na reabilitação e que necessitam ser orientadas; e,
- f) situações de contato com a linguagem no seu mais amplo sentido, ou seja, caracterizada pela contextualidade e dinamismo.

Puderam ser avaliados, subjetivamente, aspectos que interferem negativamente na reabilitação e aspectos que podem favorecer uma reabilitação significativa. No primeiro caso, tivemos: o estabelecimento de uma rotina fundamentalmente domiciliar, rotina domiciliar e extra-domiciliar restrita, perda da condição de residir sozinho, estabelecimento da noção de dependência, desvantagens associadas a questões de ordem relacional, material e de condições físicas. No segundo caso, tivemos o desempenho funcional eficiente em nível motor e de linguagem; e, o desejo ou a necessidade de mudanças na rotina diária e de independência.

O estudo de caso permitiu mostrar que, inserido em atividades cotidianas, ocorreram situações de oralidades consideradas normais durante a conversação e situações de normalização do Afásico no processo relacional. O Afásico da pesquisa apresenta uma independência em nível domiciliar e um estado de dependência em nível extra-domiciliar, embora demonstre potencialidade para uma independência assistida.

Essa pesquisa permitiu verificar que as formas do sujeito Afásico viver e se relacionar no seu dia a dia podem ser assumidas como elementos integrantes da avaliação e da terapia fonoaudiológica, possibilitando ampliar as discussões acerca das repercussões sociais e da reabilitação com base em uma perspectiva focalizada no cotidiano.

Nesse contexto, a partir dos procedimentos estabelecidos, foi possível identificar, tanto a afasia enquanto alteração lingüística, quanto aspectos sobre o Afásico que podem interferir ou contribuir para a reabilitação. Ao contrário, temos que a postura clássica com base em critérios puramente lingüísticos e/ou neurológicos tende, muitas vezes, a permitir somente a identificação da afasia.

Dessa forma, o fonoaudiólogo poderá privilegiar a (re)organização da vida cotidiana e da convivência como condição de reabilitação do Afásico, uma vez que a emergência da linguagem e o do ser humano estão vinculadas a uma cotidianidade caracterizada pela diversidade e hierarquização de atividades vivenciadas nas relações de aceitação de si e do outro. Isso pressupõe considerar que, embora a afasia tenda a ser algo irreversível, o processo de aceitação sobre tal condição poderá ser um elemento fundamental, capaz de permitir episódios eficientes de comunicação, como pôde ser verificado nas atividades extra-domiciliares realizadas, nas situações em que, apesar da afasia, V consegue estabelecer vários episódios de conversação com diferentes interlocutores.

Enquanto as atividades descontextualizadas não garantem, necessariamente, o estabelecimento de uma cotidianidade e de uma relação de aceitação, estas últimas podem favorecer condições para a reorganização da oralidade e da escrita, como pôde ser apreciado na performance funcional de V, durante as atividades e em situações de conversação, como por exemplo, na décima sessão, realizada no consultório, no dia dezanove de janeiro de 2003.

Assim, as atividades realizadas permitiram que o Afásico vivenciasse momentos de inclusão social e momentos de reorganização da sua oralidade e da sua escrita. Aspectos fundamentais para o processo de reabilitação.

Embora essa pesquisa tenha cumprido com os seus objetivos, algumas questões merecem ser destacadas, no sentido de aprofundá-la:

- a) aperfeiçoar e ampliar os critérios e as atividades estabelecidas, no sentido de favorecer práticas mais eficientes na área da afasiologia;
- b) realizar pesquisas comparativas, possibilitando identificar falhas, fragilidades e contribuições dessa pesquisa;
- c) elaborar estudos envolvendo uma maior população de Afásicos, permitido o aprofundamento dessa discussão; e,
- d) pesquisar Afásicos em condições físicas, sociais e familiares diferenciadas.

Porém, apesar dessas considerações, essa pesquisa poderá contribuir, direta ou indiretamente, para a reflexão de questões no exercício profissional em outros contextos da Fonoaudiologia, entre as quais da área da motricidade oral e voz. Dito de outra forma, as questões pontuadas nesta pesquisa poderão ser pertinentes para o aperfeiçoamento dos métodos de tratamento das disfunções da motricidade oral e da voz humana.

Essa pesquisa permitiu experienciar a possibilidade de criar uma nova prática fonoaudiológica, uma prática que rompe com critérios clássicos na busca da melhoria do papel do Fonoaudiólogo, ou seja, o de somar esforços para conseguir o máximo de eficiência com o seu paciente, auxiliando na sua recuperação, conforme possibilidades, necessidades e desejos. Eficiência essa que pressupõe compromisso em buscar auxiliar no resgate da humanidade do Afásico, no combate ao processo de desumanização, na retomada da vida (seja ela qual for), independentes da superação dos sintomas lingüísticos e neurológicos da afasia.

Assim, introduz noções e conceitos que (embora não tenham constituído a base da Fonoaudiologia enquanto ciência) podem servir para enriquecê-la. Entre eles, destacam-se, fundamentalmente, o conceito sociológico de vida cotidiana e os conceitos de sistema nervoso central, emoção, relação de convivência, mente e linguagem da Biologia do Conhecer, com base no conceito de autopoiese, que permitem pensar o Fonoaudiólogo enquanto profissional que atua em um (e sobre um) modo de viver.

Nesse âmbito, destaco que a proposta verificada nesta pesquisa não descaracteriza a prática fonoaudiológica ou o papel do fonoaudiólogo, uma vez que:

- a) o objeto de trabalho do fonoaudiólogo é a comunicação humana e não a oralidade;
- b) sua função terapêutica no âmbito da afasiologia envolve o afásico e não a afasia;
- c) seu compromisso ético pressupõe acompanhar o desenvolvimento teórico e científico; e,

- d) trabalhar com base na recuperação do cotidiano e das relações humanas não significa, necessariamente, trabalhar aspectos físicos ou psicológicos, mas trabalhar aspectos do viver humano. Em outras palavras, recuperar o cotidiano e as relações não significa desenvolver um trabalho específico de Fisioterapia ou de Psicologia, mas estimular o Afásico a fazer coisas, a agir e a interagir, ou seja, a estar inserido em um mundo de linguagem. Dessa forma, atenuar as desvantagens sociais e o processo de dependência, e estimular a relação de aceitação, são aspectos fundamentais para o desenvolvimento normal e para a reabilitação da linguagem e, portanto, devem fazer parte da prática fonoaudiológica. Porém, tal prática está estreitamente vinculada a outras áreas (entre elas, em especial, a Fisioterapia e a Psicologia), criando condição interdisciplinar adequada no atendimento integral do Afásico.

Para finalizar, surge a necessidade de reconhecer duas diferentes perspectivas: a **Fonoaudiologia voltada para o organismo vivo**, para aquilo que o agride e o recupera, como por exemplo, os estudos sobre afasia relacionados com mapeamento cerebral e células tronco, em Neurociências; e, a **Fonoaudiologia voltada para o ser humano** em sua condição de normalidade, deficiência e incapacidade, como por exemplo, os estudos sobre a linguagem humana em uma perspectiva cotidiana e a sua importância para a saúde.

Definitivamente, embora não sejam a mesma coisa, essas duas perspectivas não correspondem a um dualismo, a uma oposição. Trata-se de campos de interesse próprios e complementares que apontam para um novo perfil. Ou seja, em ambos os casos a formação profissional deverá primar pela capacidade de observação, de convivência, de articulação, de abertura para a interdisciplina, de flexibilidade, entre outras habilidades, que não se fazem apenas com base na informação técnica sobre diferentes áreas do conhecimento, mas sobretudo, com a vivência sistematizada, consciente e crítica, capaz de reconhecer o organismo vivo e o ser humano que dele emerge em sua especificidade e diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Júlio G.(Org.) **Erro e fracasso na escola**. São Paulo: Summus, 1997.

AUROUX, Silvain. **Filosofia da linguagem**. Trad. de NUNES, Paulo Horta. São Paulo: Editora UNICAMP, 1988.

AUSTIN, J.L. **Quando dizer é fazer**. Trad. de FILHO, Danilo M. de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BRANDSTATER, Murray E. **Reabilitação do derrame**. In: LISA, Joel A. de e GANS, Bruce M. Trad. de BRETERMITZ, Cristina V. et alii Tratado de Medicina de Reabilitação, 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998, v.2.

BAYLE, M. **Les fondateurs de la doctrine française de la aphasie**. Bordeaux, these, 1939.

BUENO, J. G. S. **Educação especial brasileira**. São Paulo: EDUC, 1999.

CAMBIER, J, MASSON, M, DEHEN, H. **Manual de Neurologia**. Trad. de DRUMOND e SILVA. 9ª ed. São Paulo: Medsi, 1999.

CAPPELLETTI, Izabel F. **A Fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre seus fundamentos**. São Paulo: Cortez, 1985.

CAPLAN, D. **Neurolinguistics and linguistics aphasiology: one introduction**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

CARVALHO, José Sérgio F. de. **As Noções de erro e fracasso no contexto escolar**. In: GROPPA, Júlio.(Org) Erro e fracasso na escola, 2ª ed. São Paulo: Summus, 1997.

CARVALHO, Maria C. B. **O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática social**. In: NETTO, José Paulo e CARVALHO, Maria. C. B. Cotidiano: conhecimento e crítica, 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

CID 10/OMS **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde**. 5ª ed. São Paulo: EDUSP, 1997, v.1.

CIDID - **International classification of impairments, disabilities and handicaps**. Geneva. World Health Organization, 1980.

CHAPEY, R. **Introduction to language intervention strategies**. In: CHAPEY, R. Language intervention in adult aphasia. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.

CHOMSKY, Noam. **Syntactic structures**. The Hague, Mouton, 1957.

_____. **Linguagem e pensamento**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA - CFFa. **Exercício Profissional do Fonoaudiólogo**. Sétimo Colegiado. Gestão 2001/2004, Dezembro de 2002.

COSTA, Jorge Campos da. **A relevância da pragmática na pragmática da relevância (a lógica não trivial da linguagem natural)**. Dissertação de Mestrado, PUC do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1984.

COUDRY, Maria Irma H. e POSSENTI, S. H. **Avaliar discursos patológicos**. Cadernos de Estudos da Linguagem, São Paulo: UNICAMP, nº.5, 1983.

COUDRY, Maria Irma H. **Diário de Narciso**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

DAMÁSIO, Antônio. **Mistérios da consciência: do corpo e das emoções para o conhecimento de si**. Trad. de MOTTA, Laura T. 3ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

FREIRE, Maria R. **Análise da afasia sob uma perspectiva discursiva**. In: PASSOS, Maria. C. Fonoaudiologia: recriando seus sentidos. São Paulo: Plexus, 1996.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. de NUNES, Márcia B. de Mello Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GRACIANO, Mirian M. de Castro. **A teoria biológica de Humberto Maturana e sua repercussão filosófica**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 1997.

GRANJO, Maria H. Bittencourt. **Agnes Heller - Filosofia, Moral e Educação**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

GREENBERG, D. A. et alii. **Neurologia clínica**. Trad. de JACQUES Vissoky, NETTO, Kleber e MALISNKY, Marcelo. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GUIMARÃES, E. R. J. **Sobre alguns caminhos da pragmática**, s.d.

HAGE, S. R. V. **Avaliando a linguagem na ausência da oralidade**. São Paulo: Edusc, 2001.

HELLER, Agnes. **Cotidiano e a História**. Trad. de COUTINHO, Carlos N. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1970.

_____. **Sociologia da vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península, 1977.

JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação**. Trad. de BLIKSTEIN, Izidoro e PAES, José Paulo. 14ª ed. São Paulo: Cultrix, 1991.

JAKUBOVICZ, Regina. **Afasia infantil**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

_____. **Teste de reabilitação das afasias**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

_____. **Um teste para a reabilitação das afasias**. In: Tópicos de Fonoaudiologia, MARCHE-SAN, I. BOLAFFI, C. GOMES, I. D. e ZORZI, J. L. (Orgs) São Paulo: CEFAC, 1995, v.2.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Mudanças na classificação internacional de pessoas com deficiência**. Brasília, ano VII, n.15, p.18-19. 2002.

KAPLAN, Edith e GOODGLASS, Harold. **Evolucion de la afasia y de transtornos similares**, Buenos Aires: Panamericana, 1974.

KOTTIKE e LEHMANN. **Tratado de medicina física e de reabilitação**. Trad. de SIEPIERSKY, Solange A.C. P. et alli. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1994. v.1.

LEBRUN, Y. **Tratado de afasia**. São Paulo: Panamed, 1983.

LEMOS, Cláudia de. **A sintaxe no espelho**. Cadernos de estudos lingüísticos, nº.10, São Paulo, Unicamp, 1986.

_____. **Sobre o ensinar e o aprender no processo de aquisição da linguagem**. Cadernos de estudos lingüísticos, nº.22, São Paulo, Unicamp, 1992.

LEONTIEV, A. N. **Os princípios do desenvolvimento mental e o problema do atraso mental**. Trad. de Ana Maria Rabaça. In: LURIA, A. R., LEONTIEV, A. N., VIGOTSKY, L. S. Psicologia e Pedagogia. Lisboa: Editorial Estampa, 1977.

LEWIS, P Rowland. **Tratado de neurologia**. Trad. de ARAÚJO, Cláudia L. C. e MUNDIM, Fernando D. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

LIANZA, Sérgio. **Medicina de reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª ed. 2001.

LIMA, J. Pinto de (org.). **Linguagem e ação - da filosofia analítica à lingüística pragmática**. Lisboa: Apaginastant, 1983.

LISA, Joel A de e GANS, Bruce M. **Tratado de medicina de reabilitação**. Trad. de BRE-TERMITZ, Cristina V. et alli. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1998, v.1.

LURIA, A R. **O cérebro e os processos psíquicos**. In: Curso de Psicologia Geral. São Paulo: Civilização Brasileira, 1979, v.1.

MANSUR, Letícia L. e LUIZ, Mara de Oliveira R. **Distúrbios da linguagem**. In RUSSO, Iêda Pacheco, Intervenção Fonoaudiologia na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

MATURANA R. H. e VARELA, F. G. **De máquinas e seres vivos - autopoiese a organização do vivo**. Trad. de Juan Acuña Lirens. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, Humberto. **Transformación en la convivencia**. Santiago: Dolmen Ensayo, 1999.

_____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. MAGRO, C. e PAREDES, V. (Orgs.) Belo Horizonte: Ed. da Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

_____. **A ontologia da realidade.** MAGRO, C, GRACIANO, M e VAZ, N.(Orgs). Belo Horizonte: Ed. da Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Trad. de FORTES, José Fernando C. Belo Horizonte: Ed. da Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

MATURANA, Humberto e REZEPKA. Sima. N. de. **Formação humana e capacitação.** 3ª ed. Trad. de Jaime A Clasen. Petrópolis: Vozes, 2002.

MILLER, Robert M, GROHER, M. E. e YORKSTON, K. M. **Reabilitação da fala, linguagem, deglutição e audição.** In: LISA, Joel A de e GANS, Bruce M. Trad. de BRETERMITZ, Cristina V. et alii Tratado de Medicina de Reabilitação 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998, v.1.

MILLOY, Nancy R. **Distúrbios da fala - diagnóstico e tratamento.** Trad. de LOBO, Angêla. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MITCH, Albam. **A última grande lição: o sentido da vida.** Trad. de VEIGA, José J. 12ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

NETTO, José Paulo e CARVALHO, Maria. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica,** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1994.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** Campinas: Editora Pontes, 1999.

ORTIZ, Karin Zazo. **avaliação e terapia dos distúrbios neurológicos da linguagem e da Fala.** In: FILHO, Otacilio Lopes. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997.

PAREDES, Victor. **Teoria da Relevância e Biologia do Conhecer:** observações para um modelo de análise dos processos de inferência a partir de uma epistemologia biologicamente orientada. In ALVES, Fábio, relevância e tradução. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2001.

PENÃ-CASANOVA, J. e PÉREZ-PAMIES, M. **Rehabilitación de la afasia y transtornos asociados.** 2ª ed. Barcelona: Masson, 1995.

PÉREZ-PAMIES, M. **Afasia do adulto.** In: PENÃ-CASANOVA, J. Manual de Fonoaudiologia. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PETIT, Henri et alii. **O essencial em neurologia.** Trad. de MAIEROVIRCH, Benjamim. São Paulo: Andrei, 1992.

RAUEN, Fábio José. **Elementos de iniciação à pesquisa.** Rio do Sul: Nova Era, 1999.

_____. **Apontamentos sobre a emergência corporificada do sujeito e da alteridade.** Revista Linguagem e Discurso. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão: Editora Unisul, v. 3, nº. especial, p.121-149, jan/jul. 2004.

RODRIGUES, Norberto. **Neurolingüística dos distúrbios da fala.** 3ª ed. São Paulo: EDUC-Cortez, 1999.

ROWLAND, Lewis, P. **Tratado de neurologia.** Trad. de ARAÚJO, C. L e MUNDIM, Fernando. D. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SACKS, Oliver. **O Homem que confundiu a sua mulher com um chapéu**. Trad. de RODRIGUES, Talita. M. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988.

SARTRE, Jean P. **Ensaio de ontologia fenomenológica: o ser e o nada**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

SCHARTZ, Morrie. **Lições sobre amar e viver**. Trad. de Waldéa Barcellos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

SCHUELL, H. **Differential diagnosis of aphasia with the minnesota test**. 2ª ed. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1973.

SCLIAR-CABRAL, Leonor. **Introdução a psicolingüística**. São Paulo: Ática, 1991.

SILVEIRA Jane Rita C. e FELTES, Heloísa P. de Moraes. **Pragmática e Cognição**. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

SKINNER, B. F. **Verbal behavior**. New York: Appleton Century-Crofts, 1975.

SLOBIN, Dan I. **Psicolingüística**. Trad. de OSÓRIO, Maria R. B. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

SOARES, Edvaldo. **Localizacionismo** [online]. Disponível na internet via WWW. URL: <http://intermega.globo.com/logicaepistemologia/edvaldosoa/indice.htm>. Dados de 2003 obtidos em 10 de novembro de 2003.

SOUZA, Lourdes Bernadete R. de. **Fonoaudiologia Fundamental**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

STUDDERT-KENNEDY, M (org) **Psychobiology of language**. Boston. MIT, 1983.

_____. **Perceptual processing links to the motor system**. In: _____. (org.) *Psychobiology of language*. Boston. MIT, 1983.

TABITH, Alfredo Jr. **Foniatría**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TAILOR, S. M.. **Aphasia: selected reading**. New York: appleton Century Crofts, 1972.

TISSOT, Anne. **Reeducação do Afásico adulto**. São Paulo: Roca, 1998.

TUBERO, Ana Lucia. **A história do alfaiate: processo terapêutico de um afásico**. In: PASSOS, Maria. C. *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos*. São Paulo: Plexus, 1996.

VARELA, F., THOMPSON, E., ROSCH, E. **A mente corpórea - ciência cognitiva e experiência humana**. Trad. de GIL, Joaquim N. e SOUZA, Jorge de Massachusetts: Instituto Piaget, 1991.

VIEIRA, C. H. E. **Um percurso pela história da afasiologia: estudos neurológicos, lingüísticos e fonoaudiológicos**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras, PUC, Paraná, 1992.

_____. **Por falar em afasia**. in: GOLDFELD, M. *Fundamentos da fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1998.

VIGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. Trad. de MONTAGNOLI, Marcos G. Petrópolis: Vozes, 1994.

YONG, B. O. et alii. **Segredos em medicina física e reabilitação**. Trad. de SETTINERI, Luiz. I. C. Porto Alegre: Artmed, 2000.

YONG, B.O, YONG e STIENS. **A pessoa, a incapacidade e o processo de reabilitação**. In: Segredos em medicina física e reabilitação. Trad. de SETTINERI, Luiz. I. C. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXO 1 - MODELO DE ENTREVISTA

1- IDENTIFICAÇÃO:

- Nome:
- Idade: Data de nascimento:
- Estado Civil:
- Escolarização:
- Profissão:
- Endereço:

2- HISTÓRIA DE VIDA:

- Constituição familiar:
- Estudo e Trabalho:
- Lazer:
- Esporte:
- Religiosidade:
- Hábitos:
- Relação domiciliar:
- Amizades:
- Perfil:
- Preferências no campo comunicativo:

3- HISTÓRIA ETIOLÓGICA DA AFASIA:

- Quando ocorreu:
- Onde ocorreu:
- Como ocorreu:
- Estava acompanhado, com quem:
- Pôr que ocorreu:
- Hospitalização (tempo, procedimentos, informações e as primeiras mudanças percebidas pela família):

4- O RETORNO PARA CASA:

- Dificuldades:
- Encaminhamentos/procedimentos familiares no sentido de buscar ajuda:
- Tratamentos especializados utilizados (como foi):
- que a família buscou mudar:
- que a família tentou mas não conseguiu mudar:
- Duvidas que a família tem em relação ao ocorrido:

5- PRINCIPAIS MUDANÇAS NA COTIDIANIDADE:

- Em que o paciente mudou
- O que o paciente deixou de fazer:
- O que ele faz sozinho hoje em nível domiciliar e qual o seu desempenho?
- O que ele faz sozinho hoje em nível extradomiciliar e qual o seu desempenho?
- O que ele não faz sozinho, em nível domiciliar e extra domiciliar, mas demonstra querer fazer ou poderia tentar fazer? E por-que ele não faz?
- Ele é independente? O que precisa para ele ser?

6- ASPECTOS SOBRE AS INTERAÇÕES:

- Ele consegue se comunicar?
- Como vocês se comunicam no dia a dia
- O que é preciso para ocorrer uma boa comunicação com ele?
- Quais as principais dificuldades na relação com a família
- Quais as principais dificuldades na relação extra domiciliar

6- DESEJOS E EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**7- PERCEPÇÕES GERAIS DO PESQUISADOR:**

- Como falam durante a entrevista
- Como se comportam
- Emoções presente

**ANEXO 2 - ROTEIRO DE ATIVIDADES PARA A REABILITA-
ÇÃO FONOAUDIOLÓGICA**

PESQUISA SOBRE A REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DO AFÁSICO EM UMA PERSPECTIVA FOCALIZADA NO COTIDIANO

ROTEIRO DE ATIVIDADES PARA A REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

ATIVIDADES PARA SEREM DESENVOLVIDAS PELA FAMÍLIA

1 - ATIVIDADES DOMICILIARES PARA A FAMÍLIA ESTIMULAR

- estimular pequenas tarefas e funções dentro de casa;
- dividir responsabilidades, por exemplo: arrumar a mesa, guardar alguma coisa, entre outras;
- ler, em conjunto, livros que auxiliem a enfrentar as dificuldades do dia a dia (será emprestado um livro); e,
- adquirir um vídeo para ampliar o uso da televisão.

2- ATIVIDADES EXTRA DOMICILIARES PARA A FAMÍLIA ESTIMULAR

- estimular pequenas tarefas do dia a dia;
- dividir responsabilidades, por exemplo: ir na padaria, na farmácia, no banco, de forma gradativa, freqüente e acompanhada;
- estimular o lazer, variando os acompanhantes e as atividades;
- estimular a religiosidade, por exemplo, voltar a freqüentar o centro espírita; e,
- estimular atividades de trabalho e/ou estudo, como sugestões: acompanhar o irmão na atividade de pintura, tentar encontrar um trabalho voluntário que seja do seu interesse ou aprender a fazer uma nova atividade, como pôr exemplo, aprender a técnica de bonsai.

3- ATIVIDADES DE CONSULTÓRIO

- levá-lo ao consultório quando solicitado, para estimular a saída de casa, para que possa ser realizado um trabalho diferenciado.

Florianópolis 11 de janeiro de 2004
Fgo Roberto Pacheco
CRF 5761

PESQUISA SOBRE A REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DO AFÁSICO EM UMA PERSPECTIVA FOCALIZADA NO COTIDIANO

ORIENTAÇÕES PARA A REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

ATIVIDADES PARA SEREM DESENVOLVIDAS COM O FONOAUDIÓLOGO

1 - ATIVIDADES DOMICILIARES

- conversação sobre as atividades domiciliares e extra-domiciliares sugeridas, observando a mobilização da família;
- organização das atividades extra-domiciliares; e,
- criação de uma horta.

2 - ATIVIDADES EXTRA-DOMICILIARES

- religiosidade: visita ao centro espírita;
- lazer: visita a uma hípica e visita a um amigo, parente ou local de sua escolha, ou seja, uma visita livre.
- atividades do dia a dia: acompanhá-lo em algum local, como: farmácia, padaria, banco, entre outros.

3 - ATIVIDADES DE CONSULTÓRIO

- realizar uma sessão para conversar sobre as atividades domiciliares, extra-domiciliares e as relações, bem como para novas orientações.

Florianópolis 11 de janeiro de 2004
Fonoaudiólogo Roberto Pacheco
CRF 5761

**ANEXO 3 - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DO ROTEIRO
DE ATIVIDADES**

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão:

Data:

Local:

Início da atividade:

Término da atividade

Duração da atividade:

Atividade(s):

Participantes:

Fluir da relação:

Dificuldades percebidas:

Descrição dos principais fatos

ANEXO 4 - PRIMEIRA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: primeira

Data: 07 de janeiro de 2003

Local: residência

Início: 14:30h

Término: 15:15h

Duração: 45 minutos

Atividade(s):

Apresentação da proposta de pesquisa

Conversa livre sobre o V e sua família

Obtenção do consentimento livre e esclarecido

Participantes: V, sua mãe e o fonoaudiólogo

Fluir da relação:

Tanto V quanto a sua mãe concordaram em participar da pesquisa, não colocaram nenhuma objeção.

Dificuldades percebidas:

Dificuldade da mãe do V em compreender que esse trabalho será uma pesquisa limitada, isto é, não será um trabalho terapêutico permanente

Descrição dos principais fatos:

Essa sessão foi agendada por telefone no dia anterior. V e sua mãe aceitaram participar da pesquisa sem apresentar nenhum questionamento ou objeção. Porém, a mãe do V mostra uma certa dificuldade para compreender que esse trabalho não corresponde a uma proposta convencional e permanente de terapia fonoaudiológica.

A conversa fluiu naturalmente das informações sobre a pesquisa e do dia a dia do fonoaudiólogo para a atualidade do V e da sua família.

No final da sessão foram analisados os termos de consentimento da pesquisa e agendada a segunda sessão (entrevista) para o dia 08 de janeiro as 19:30h.

ANEXO 5 - SEGUNDA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

ENTREVISTA

Sessão: segunda
Data: 08 de janeiro de 2003
Local: residência
Início: 20:30h
Término: 21:45h
Duração: 1 hora e 15 minutos
Atividade(s):
 entrevista
Participantes: V, sua mãe e o fonoaudiólogo

Fluir da relação:

Das 19:30 às 20:30, antes de iniciar a entrevista, realizou-se uma conversa informal sobre o cotidiano do fonoaudiólogo, do sujeito afásico e de sua família, da qual pôde-se conversar, entre outros assuntos, sobre o trabalho, a rotina domiciliar, as férias e os amigos, com objetivo de diminuir a ansiedade e começar a estabelecer uma relação de maior proximidade para a realização da entrevista. A entrevista fluiu com uma participação ativa do sujeito afásico, da sua mãe e da sua companheira.

Dificuldades percebidas:

Ansiedade da companheira e da mãe do sujeito afásico em várias situações.

Descrição dos principais fatos:

1- IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: V J M
 - Idade: 42 anos
 - Data de nascimento: 09/06/1961
 - Estado Civil: divorciado
 - Escolarização: 2º grau completo
 - Profissão: auxiliar de enfermagem
 Endereço: R Dom Pedro II, nº23, Capoeiras, Florianópolis, Santa Catarina.
 Telefone: 348 21 18

2- HISTÓRIA DE VIDA:

TRABALHO:

Fonoaudiólogo - com que tu trabalhava, qual a tua profissão:

V - Aah (faz gesto indicativo de muitos com os dedos)

Fgo: muitas, muitas (sorrindo), quais, quais?

V - O, é, quais?

Companheira - hospital (pausadamente, mostrando para o sujeito afásico o movimento dos lábios)

V - Sal

Companheira - Hospital, Clínica, Clínica de recuperação, ele era coordenador de uma clínica de recuperação.

V - É, é

Companheira - Tá, tu quer saber mais o que ele fazia.

Fonoaudiólogo - É, de atividade profissional, ele trabalhava no hospital e na clínica

Companheira - E

Fonoaudiólogo - Né? Como?

Companheira - Auxiliar de enfermagem

Fonoaudiólogo - Como auxiliar de enfermagem

Companheira - E na clínica como coordenador.

Fonoaudiólogo - Como coordenador da clínica, tá! E tinha mais alguma atividade profissional?

Companheira - Primeiro, ele era dependente químico.

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Ele era dependente químico e freqüentava a clínica como dependente químico, o AAA, depois, melhorou, e ficou ajudando na clínica e ficou como coordenador da clínica

Fonoaudiólogo - Ficou como coordenador Ok, tá!

Fonoaudiólogo - A nível de estudo, o V fazia o curso né, de técnico de enfermagem

Companheira - Não, não

V - Eéé (balança com a cabeça negando)

Companheira - Ele tinha o auxiliar de enfermagem,

Fonoaudiólogo - Tinha o auxiliar de enfermagem,

Companheira - Ele tava pretendendo fazer o técnico

V - Não, não

Mãe - Ele tinha outros cursos

Companheira - Outros cursos (com expressão de quem não concorda) Quais outros? Não

Mãe - Tem, ele fazia outros cursos que eu não me lembro

V - Tenta dizer algo

Fonoaudiólogo - De curso?

V - De Curso,

Fonoaudiólogo - De curso

V - É (concordando com movimento de cabeça)

Fonoaudiólogo - Porque o auxiliar de enfermagem ele já tinha concluído?

Companheira - Tinha

V - É (com gesto de cabeça indicando que sim)

Mãe - Ele fez curso lá quando ele era coordenador

CONSTITUIÇÃO FAMILIAR:

Fonoaudiólogo - A questão de constituição familiar, tá, da família de vocês, ela é composta por quem?

Companheira - Dele

Fonoaudiólogo - Isso

Companheira - Mãe e mais cinco irmãos.

Fonoaudiólogo - Mãe e mais cinco irmãos, o V é o mais novo?

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - Não, né?

Mãe - Tem mais três

Fonoaudiólogo - Tem mais três

Mãe - Mais moço que ele,

Fonoaudiólogo - Certo

Mãe - Tem a T, tem o S e tem o V

Companheira - Primeiro o S e depois o V

Mãe - É, não, primeiro é o S, depois a C para depois ser ele

Companheira - Ah! tá, ele é o terceiro

Fonoaudiólogo - Ele é o terceiro da família né?

Mãe - Terceiro

Fonoaudiólogo - Então a família de vocês é constituída dos cinco

Companheira - Seis, não, seis filhos e mais ela (indicando a mãe de V)

Fonoaudiólogo - E no casamento contigo, é tu, o V e quantos filhos?

Companheira - Não, eu, comigo só tem uma, uma morando comigo, que o V tava lá na casa comigo, é uma só, era eu o V e uma filha.

Fonoaudiólogo - E uma filha, uma filha, qual a idade dela?

Companheira - 21 anos

Fonoaudiólogo - Tá com 21 anos, tá.

LAZER:

Fonoaudiólogo - A nível de lazer?

Companheira - De lazer?

Fonoaudiólogo - De lazer

Companheira - Nada, a não ser quando eu levo, porque antes eu tava sem carro, praticamente ficava direto aqui, a gente não saía, ia na fisioterapia, só, agora é que nós saímos no primeiro do ano, né? no natal parece que a gente saiu, sábado nós fomos a praia, só, se não ele fica direto em casa.

Fonoaudiólogo - E antes do derrame?

Companheira - Ah, antes a gente passeava, ele tava pintando a minha casa, o meu jardim o mato tava desse tamanho, ele limpou o meu jardim todinho, ele plantou flor, nós iam lá pro mato, ele pegava as bromélias, tá a coisa mais linda lá em casa, ele plantou, ele fez o meu jardim maravilhoso, tinha argila, porque lá em casa tem um rio, ele pegava aquelas argila, a gente trabalhava com argila (com expressão de alegria)

Fonoaudiólogo - Ele gostava desse contato com a natureza?

V - É, é

Companheira - Adora, ele adora, adora plantar, mexer na terra, adora, adora

V - Ó (faz gesto com o dedo concordando)

Fonoaudiólogo - Gosta disso

Companheira - Adora. Ele tava pintando a minha casa, os rachadinhos ele, ele arrumou tudo, minhas janelas, ele, ele limpou, limpava a minha piscina, aquele jato forte, ele limpava o quintal todo.

Fonoaudiólogo - E além desse contato com a natureza, que outras coisas ele gostava também, quando não estava trabalhando?

Companheira - Por último, ele tava, ele pegou depressão e tava de licença, e esse outro filho da Dona [...], ele tava pintando, eles compraram todos

os materiais para pintar as casas, e ele ajudava o irmão

Fonoaudiólogo - Ajudava aaaa pintar

Companheira - Pintar, sabe, saía de manhã cedo, e o VN mesmo diz que ele é, não para, sabe, pintar (pausa)

Mãe - Ligeiro, ligeiro

Companheira - Tudo, tudo, tudo ele fazia. Agora por ultimo, antes de dar esse (faz gesto referindo-se a ultima convulsão sem que o V veja).

Mãe - Ele pintava carro, deixava os carro novinho, pra fora, geladeira, fogão

Companheira - Tudo, ele é muito inteligente

Mãe - A Sr comentou que ele tinha uma oficina também

Companheira - Teve, teve

Mãe - Ele tinha uma oficina aqui atras de casa, desmanchou, depois tinha outra lá atras da casa dele, depois ele teve borracharia, teve bar, tudo

Fonoaudiólogo - Ah, ele trabalhou também com o comércio.

Companheira - Ah, sim, sim

Mãe - Trabalhou

Fonoaudiólogo - Teve bar, borracharia,

Companheira - Tudo, tudo

Fonoaudiólogo - Sim, mas tu também arrumava os pneus e tudo (olhando e rindo para V)

V - É (rindo), tudo, é, é

Companheira - O V é, era, era, muito ativo, muito, muito, olha 10 horas da noite lá em casa, eu dizia pelo amor de Deus, vamos dormir (gritando), e ele pau [...]

V - É, e tudo ó,

Companheira - Se deixasse

Fonoaudiólogo - Ia o dia todo

Companheira - O dia e [...]

ESPORTE:

Fonoaudiólogo - E a nível de esporte, praticava algum esporte ?

Companheira - Não

V - Não, ã (com expressão de discordância)

Mãe - Só gostava de andar de bicicleta

Companheira - De bicicleta, de bicicleta ele andava muito,

V - É, é (tenta falar algo)

Companheira - Ele ia de bicicleta até [...]

Fonoaudiólogo - Bicicleta

Companheira - Sim, só

V - É, (tenta falar algo)

Fonoaudiólogo - Tinha outro

V - É ou (concordando)

Companheira - Qual é o outro, qual é o outro esporte,

Fonoaudiólogo - Qual o outro esporte

Companheira - Andar a cavalo

V - Concorda (com movimento de cabeça)

Companheira - Mas isso faz tempo

V - Que?

Companheira - Que tu andava a cavalo. Só andava de bicicleta.

V - Sorri

Fonoaudiólogo - E algum outro esporte, andava de bicicleta bastante, e montava a cavalo também.

Companheira - Mas isso faz tempo

Fonoaudiólogo - A bastante tempo atrás

Companheira - Ih

V - É

Fonoaudiólogo - Sim, e tinha outro ainda?

Mãe - Jogava assim com o time lá do hospital

Companheira - Ah, mas também faz tempo

V - Ééé (indicando que isso era irrelevante)

Fonoaudiólogo - Futebol? (olhando para ele)

V - Bol, é (indicando com as mãos que ara mais ou menos)

Fonoaudiólogo - Pouco, pouco

V - Concorda

Companheira - Mas faz tempo, na época que ele trabalhava no hospital de Caridade.

V - É, éé

HÁBITOS:

Fonoaudiólogo - Em casa, em casa, algum tipo, gostava de caminhar, de bicicleta, e em casa tipo assim algum robi, por exemplo, algum tipo de jogo,

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - Preferência por [...]

Companheira - Não, porque, não, não, ele só entrava para dentro de casa, tomava banho e ia dormir. Porque ele não parava

V - É

Companheira - Ele não parava.

Fonoaudiólogo - Tava sempre em função de alguma coisa,

Companheira - Sempre, sempre

Fonoaudiólogo - De alguma atividade

Companheira - Sempre,

Mãe - Ele trabalho muito tempo também lá na Chique, lá no Estreito

V - Não, não (negando)

Fonoaudiólogo - Na loja

Companheira - Na loja

Fonoaudiólogo - Na verdade ele teve um contato forte no trabalho com o comércio

Mãe - É

Fonoaudiólogo - E na área da saúde, os dois né

Companheira - Concorda (com movimento de cabeça)

Mãe - Ele era um bom vendedor ele

Companheira - Ele é muito inteligente

Mãe - Eu me lembro que ele ganhava sempre presente porque ele era sempre, ganhava sempre em primeiro lugar

Fonoaudiólogo - Nas vendas

V - É a o (concordando com movimento de cabeça e expressão de contentamento)

Companheira - Ele tinha um bom papo

Fonoaudiólogo - Bom papo?

Companheira - Bom papo

Fonoaudiólogo - Bom de conversa (se dirigindo para o V)

Companheira - Bom de conversa, ó, eh!

V - Sorri

Fonoaudiólogo - Sorri

RELIGIOSIDADE:

Fonoaudiólogo - Em termos de crença, de religião

Companheira - Ele gostava muito, ele gosta da doutrina espírita

Fonoaudiólogo - Da doutrina espírita

V - É (concordando)

Fonoaudiólogo - E freqüenta ou freqüentava

Companheira - Freqüentava, a gente freqüentava a doutrina espírita, tomava passe, inclusive, ano passado, tem um centro espírita lá na Palhoça, do seu Nildo, ele fazia cromoterapia, massoterapia, e um outro, Heike,

Mãe - E ele como melhorou né

Companheira - Ele tava muito bom, só que daí eu perdi o carro, não tinha mais como levar, porque é muito longe né, e ele não podia andar

Fonoaudiólogo - Correto, e acabou deixando

V - É, é

Companheira - Tomava passe, tava muito bom sabe,

Fonoaudiólogo - E esse contato que ele tinha com a doutrina espírita antes, tinha uma rotina assim semanal

Companheira - Sim, sim, sim, uma vez por semana

Fonoaudiólogo - E agora ele tá mais afastado

Companheira - Sim, mas ele gosta muito. Gosta muito, inclusive eu lia, eu lia, um trecho do evangélico pra ele, tomava passe, ele, ele fica muito melhor

V - É (com expressão de não saber, de pode ser)

Companheira - Não sei, eu acredito, eu creio que tem uma parte espiritual, porque, eu não sei se o senhor acredita nisso. Mas nós íamos toda semana num centro espírita, que tem aqui perto, aqui (fazendo um gesto indicativo)

V - Corrige o gesto da namorada indicando uma outra localização com o seu braço esquerdo

Fonoaudiólogo - Prá lá

Companheira - Aqui perto. Ai nós fomos numa Sexta feira, e nessa sexta feira, é, não sei como é que diz, que o espírito desse

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Ai, a gente sentado ali, a moça disse ó, cada, cada, é individual, tá, cada um vai com um, ai a moça perguntou: vocês dois estão juntos, estamos, então vocês dois vão juntos, tá, fomos ali, sentamos perto da moça, a moça conversando com a gente, como o espírito, ele disse que era marinheiro e tal, aí ele, não sei, eu e o V, o V tava bom ainda, né, sentadinho assim no chão, ali tal, ele benzeu, fez uma coisa ali, tal, tal, aí ele disse para nós, vocês vão passar por uma fase muito difícil, vai acontecer uma coisa muito difícil pra

vocês, só que muito amor, muita dedicação é que vocês vão superar, mas nós né, nem aí, porque, daí a duas semanas aconteceu isso com V.

V - É (tentando falar algo)

Fonoaudiólogo - Duas semanas depois

Mãe - As vezes a gente (não completa)

V - Se dirige ao fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Eu, se eu acredito? Olha o meu trabalho V é justamente em cima do cotidiano, como eu tava falando pra vocês [...] (Começam a falar acidente vascular encefálico)

3- HISTÓRIA ETIOLÓGICA DA AFASIA:

Companheira - Tanto é, que, que, ele assim, tava praticamente quase todo dia lá em casa, sabe, mas de vezes em quando, dava uma loucura nele que ele tinha que brigar comigo pra ir embora,

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Tá

Mãe - (Ri)

Companheira - Não, eu to contando isso pra ele, pra depois ele entender, (olhando para a mãe de V) sabe

Mãe - É, concorda

Companheira - Daí ele ia lá, e ia pra casa, e nessa noite, ele ficou Sábado, Domingo, aí, no dia das mães, nós viemos aqui

Mãe - Foi

Companheira - Ele tava com dor de cabeça, no Domingo, meu Deus vai te dar uma gripe, e dei um superisti pra ele, ai fomos embora, viemos aqui

Mãe - Foram no S

Companheira - É, e daí fomos embora, chegou 2 feira de manha, ele com dor de cabeça, daí dei outro re, outro comprimido pra ele, não passou, quando chegou a noite, ele, eu, mas eu, já sentindo que ele tava querendo brigar comigo sabe, eu calma, calma, calma, chegou Domingo a noite ele explodiu, ai ele brigou, eu também não sou muito boa né

Mãe - (Ri)

Companheira - Não sou lá muito, ai

V - (Ri)

Mãe - Brigaram

Companheira - Aí brigamos e ele foi embora, 2 feira a noite ele foi embora, ai eu braba e ele brabo, 2 feira a noite, aí terça feira não apareceu (chora), porque ele já tinha instalado o telefone dele, mas ele, como ele é bonzinho, pegou o telefone e jogou na parede e quebrou em mil pedaços

Mãe - Porque não tava funcionando

Companheira - Daí, 3 feira o dia todo, quando chegou 4 feira de manhã, a Dona [...] telefonou pra mim, era oito horas

Mãe - É porque nós tava esperando, cedo ele já tava aqui pra tomar café com o irmão

Companheira - É, é, ai ela pediu pra eu ir lá na casa dele, pra chamar, pra dizer pra ele telefonar pra ela, chegou, ainda deixei a minha casa toda aberta, porque é trinta minutos da minha casa na casa dele, vou deixar tudo aberto, só vou chegar lá

e voltar, só vou dar o recado da Dona [...], quando cheguei lá de manha, eu escutava alguma coisa arrastando dentro de casa

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Mas, V, batia na porta, (falava V), e arrastava, parecia uma coisa arrastando, sabe, e chamei, fiquei chamando uma meia hora, ai até comecei, tu não quer falar comigo, se tu não abri vou quebrar isso tudo, eu ainda gritando lá fora, eu vou quebrar essa porta eu dizia, mas eu escutava que tinha alguém em casa, mas porque que não queria abrir, porque não queria falar comigo, o V tá brabo comigo V, vamos conversar, eu ainda dizia sabe, e chegou uma hora que eu espiei, espiei um burquinho lá, não sei da onde, e via o pé dele

Fonoaudiólogo - Só o pé

Companheira - O pé, e que ele tava sentado, eu notei que ele tava sentado, aí eu, tem alguma coisa errada, ai não sei como foi, que eu dei três, quatro pontapés na porta e abri a porta e vi que ele tava

Mãe - Ele tava sentado

Companheira - Tava sentado, eu acho, que ele tava dormindo, deitado, porque tinha sangue só no lençol, no travesseiro.

Mãe - É

Companheira - Mas tava tudo seco, todo sujo de sangue, ele bateu, ele teve fratura do ouvido né

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Ele bateu e se deitou, mas quando eu chamei, ele se arrastou lá do quarto até a cozinha, ele tentou abrir a porta pra mim, mas não conseguiu, e quando eu vi que ele tava ali eu abri a porta, quando eu vi ele daquele jeito, daí, me apavorei né

Fonoaudiólogo - Então

Companheira - Aí eu perguntei pra ele, V tu brigasse, eu pensei que ele tivesse brigado né, aí ele deu um sorriso pra mim (fica emocionada)

Mãe - Mas foi quando ele caiu que bateu né

Companheira - Aí ele tava assim, mas daí, quando ele tava

Mãe - Podia ser que caísse até na beirada da cama né?

Companheira - Foi, não foi na cama, foi na escrivaninha. Ai ele fez assim (mostrando que ele estava sem movimento com o braço direito), pronto, quebrou o braço, tá com o braço quebrado, daí olhei tudo, não tinha nada, não tinha nada quebrado, daí chamei os bombeiros.

Fonoaudiólogo - Então ele tava em casa quando aconteceu

Companheira - Em casa, sozinho, trancado

Mãe - Ele teve trinta dias certinho no hospital

Companheira - O médico disse que ele teve mais de 12h sem socorro

Fonoaudiólogo - Mais de 12?

Companheira - Mais de 12

Fonoaudiólogo - É bastante tempo né

Companheira - Ele voltou

Fonoaudiólogo - Resistência boa, né (se dirigindo para o V)

Mãe - Não morre quando não tem que morrer

Fonoaudiólogo - Exatamente

Mãe - Eu acredito

Companheira - Ele vomitou, ele vomitou, e o sangue tava todo já [...] seco

Fonoaudiólogo - Seco, É, quando tempo mesmo no hospital

Companheira - Trinta dias

Fonoaudiólogo - Trinta dias

Mãe - Trinta dias

Companheira - Quando eu cheguei lá, o médico logo foi fazer a tomografia, eu tenho muitos amigos lá no hospital

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Quando esse meu amigo foi fazer a tomografia ele já trouxe pra mim e disse ,ó foi derrame cerebral, antes do médico eu já sabia, ai depois o médico disse pra mim, ele pode morrer em sete dias (fica emocionada)

Fonoaudiólogo - Qual foi o hospital mesmo?

Companheira - No Regional

Fonoaudiólogo - No Regional

Mãe - Ele vivia com os olhos fechados, não falava, nada

Companheira - Nada, ele uso fralda

Fonoaudiólogo - Chegou a ficar na UTI

Companheira - Não

Mãe - Não

Mãe - Ele não chegou a ficar na UTI, mas nós é que dava comida, ele comia pela sonda, depois ai

Fonoaudiólogo - Ah, ele usou a sonda

Companheira - Não, não, pra comer não

Mãe - Pelo nariz não foi?

Companheira - Não, foi oxigênio

Mãe - Ah, oxigênio

Companheira - Ele só tomava soro e usou fralda

Mãe - Mas pouco tempo né, que ele usou soro né

Fonoaudiólogo - Então precisou usar fralda e ficou num estado de dependência pra se alimentar

Companheira - Sim, tudo, tudo, tudo, tudo

Mãe - Depois quando ele melhorou um pouquinho [...]

Companheira - (Não deixa M concluir) mas na primeira semana ele já começou a fisioterapia no hospital mesmo, eles já começaram a fisioterapia, me ensinaram tudo né, porque o pé dele, eles disseram, tu não deixa o pé dele ficar aqui, eu, era dia e noite segurando o pé porque ele podia ficar com o pé assim (mostrando o pé projetado para fora).

Mãe - Um saia outro fazia exercício na perna, no pé dele, aquele que ficava ali o tempo com ele e o que chegava fazia a mesma coisa, aí depois a gente foi, foi, sentou ele, não foi?

Companheira - Concorda

Mãe - Ai a gente sentou ele, ele não queria cadeira de rodas, nem queria nada

Fonoaudiólogo - Quem foi o médico neurologista que atendeu ele

Companheira - Foi o Henrique Veloso Sallas

Fonoaudiólogo - Ah, o Henrique Sallas. O Henrique chegou a discutir com vocês alguma questão assim sobre a possível causa do derrame

Companheira - Sim, foi a carótida esquerda que obstruiu totalmente

Fonoaudiólogo - Totalmente

Companheira - Totalmente. Inclusive, ele fez essa angiografia e disse que se tivesse o mínimo de possibilidade pra cirurgia na carótida, ele faria, ele disse que não tem, não tinha a mínima possibilidade. Inclusive, nesse outro que eu fui, particular [...] disse que não valia a pena cirurgia, porque ia ser um sofrimento pro V, e ele tinha cinquenta por cento de chance.

Mãe - Nós não queria

Companheira - Então, nós conversamos achamos melhor que

Fonoaudiólogo - Antes desse derrame o V tinha tido algum problema de saúde

Companheira - Não

Mãe - Nunca, tinha uma saúde

Companheira - Nunca

V - Concorda tentando falar

Mãe - Ó, era (faz gesto indicativo de força)

Fonoaudiólogo - Saúde de ferro V?

V - Concorda tentando falar

Mãe - Era fortão (alegre)

Fonoaudiólogo - Com qual idade que deu o derrame nele?

Companheira - 41, ele fez 42 anos no hospital, né?. Dia 15 de maio ele teve o derrame e dia 09 de junho fez 42 anos

Mãe - Não fez 41 lá e 42 aqui?

Companheira - Sim! 41 anos lá, é 41 anos lá

Mãe - É ele fez 41 lá no hospital

Companheira - Isso foi, dia 15 de maio ele teve o derrame, dia 09 de junho ele fez 41 anos (pausa para pensar)

Mãe - É

Companheira - Foi

Mãe - Tá certo

Companheira - Foi, tá certo

Mãe - Aí depois aí ele [...]

Companheira - (Não deixa M completar) porque agora dia 09 de junho de 2003 ele fez 42. Tá certo não tá?

Mãe - Tá dia 09

Fonoaudiólogo - Não, não, ele, não, ele fez 42 anos

Companheira - Agora, 2003

Fonoaudiólogo - Então, então ele teve o derrame com trinta eee?

Companheira - Quarenta

Fonoaudiólogo - Com quarenta

Companheira - Com quarenta

Fonoaudiólogo - Com quarenta

Mãe - Isso

Fonoaudiólogo - Com trinta e nove pra quarenta anos né, quando ele fez quarenta anos, tá

Mãe - Isso mesmo

Companheira - Ele deu no dia 15 de maio e dia 09 de junho ele fez 41 anos lá no hospital

Mãe - Aí pegou quando ele, aí a gente dava comida na boca né, lá no hospital, a gente que alimentava ele na boca

Companheira - Porque deu febríte nos dois braços, V - É, porra (concordando com expressão de incômodo)

Companheira - Desse jeito assim, aí teve uma hora que ele não aguentou mais e arrancou tudo

Fonoaudiólogo - Qual é a data mesmo de nascimento então de V

Companheira - 09 de junho de 1961

Mãe - Aí depois nós já pegamos a sentar ele não foi [...] Sentamos, aí depois já pegou a andar, mas não queria cadeira de rodas, não quis moleta, não quis nada

Companheira - A nós passeamos no corredor, tudo

Mãe - Aí quando fez trinta dias certinho ele veio, aí ele veio, aí a gente [...]

Companheira - (Não deixa M completar). Ficou seis meses sem ter convulsão, a primeira convulsão foi dar com seis meses

Fonoaudiólogo - Seis meses depois do derrame né?

Companheira - Do derrame

Fonoaudiólogo - É [...].

Companheira - (Não deixa fonoaudiólogo completar). Porque, eu, foi por causa, causa, emocional, só essa última é que foi por esforço físico

Mãe - Essa agora por último [...]

Fonoaudiólogo - (Interrompeu). Quais as primeiras mudanças que vocês começaram a perceber no V, nessa época do derrame, quando deu o derrame que ele foi para o hospital, o que começou mais a chamar atenção de vocês?

Mãe - Quando dava?

Fonoaudiólogo - Quando deu o derrame, quando ele foi para o hospital

Companheira - Olha, graças a Deus, ele o V sempre foi uma pessoa calma, foi uma época que deu uma depressão nele, aí ele não queria nada, ele ainda dizia pra mim, eu õ (com gesto de incapacidade física) tu ó (com gesto de quem está ativa), querendo dizer que ele não podia fazer nada e eu tava trabalhando

Fonoaudiólogo - Mas isso no hospital ainda?

Companheira - Não, não, não

Fonoaudiólogo - Já em casa

Companheira - Em casa

Mãe - Aí ele não falava nada, não dizia nada [...]

Companheira - O meu nome ele disse depois de um ano

4- O RETORNO PARA CASA:

Fonoaudiólogo - Vamos falar um pouquinho desse retorno pra casa, ele tava no hospital, aí ele volta pra casa, quais foram as principais dificuldades de vocês com o V

Mãe - Quando ele queria ir no banheiro né, a gente levava ele, mas ele muito alto e eu muito baixinha

Companheira - Não, eu, a primeira dificuldade foi quando ele tinha prisão de ventre, ele teve no hospital, ficou 15 dias, aí ele aguniava, aguniava

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Fizeram o flipe, não adiantou, daí lá no hospital mesmo, eu disse, V, eu e tu que temos que resolver isso, aí nós dois viemos, aí botei uma luva nele, botei uma luva em mim, fecaloma, muito fecaloma, machuquei ele todo, mas ele admitiu que tinha que fazer isso, fizemos, aí aliviou, tudo bem, e outra vez aqui na casa dele tivemos que fazer.

Fonoaudiólogo - A primeira dificuldade foi nessa questão da prisão de ventre né, e a questão de aí tá auxiliando ele na parte física também. A Senhora também percebia isso, para conduzir ele no banheiro e tal, e que outras dificuldades foram surgindo?

Mãe - Mas foi uma coisa assim tão rápido, quando a gente já olhava ele já ia para o banheiro, já ia para o banheiro, depois já pegou a fazer a barba, tomava banho sozinho

Fonoaudiólogo - Ele logo [...]

Companheira - Não, ele demorou, demorou, demorou porque eu que fazia a barba dele, eu que dava banho nele, demorou para tomar banho sozinho, eu peguei licença de agosto, né, eu cuidava dele, ele não deixava a dona [...] (começa a rir), aí só eu que tinha que fazer

Mãe - É tudo é ela né

Companheira - Aí depois, me deu uma depressão muito forte, ele foi pra praia com a Dona [...], aí ele começou a fazer a barba sozinho, né V?

Fonoaudiólogo - Isso quantos meses depois

Companheira - Ah, mais de um ano, não, mais de seis meses

Fonoaudiólogo - Depois de um seis meses mais ou menos ele começou a fazer a barba, a ter uma independência física, começou

Mãe - Ele ia cortar já, não foi, ele ia no barbeiro sozinho, voltava, agora é que a gente não deixou mais

Companheira - É

Mãe - Porque a gente ficou com medo

Companheira - Depois dessa última convulsão aí ele mesmo tem medo de sair sozinho, ele mesmo tem a consciência de que não pode mais sair sozinho

Fonoaudiólogo - Que tipo de tratamento especializado o V fez, ele fez fonoaudiologia né, e o que mais ele fez?

Companheira - Fisioterapia, natação e a gente fazia sempre em casa né, em casa sempre, eu ia na fisioterapia eles me ensinavam, eu fazia, antes era todo dia, né dona [...]

Mãe - Era

Companheira - Todo dia eu vinha fazer fisioterapia nele

Mãe - E fez falta agora né, porque ela fazia massagem assim nas pernas dele tudo era uma beleza, ele

nem reclamava com dor, e agora tá parado, eu quero fazer e ele diz que não

Fonoaudiólogo - No que a família, vocês buscaram mudar no dia a dia, houve necessidade de mudança de vocês?

Companheira - A vida da Dona [...] mudou da noite pro dia, ela frequentava grupo de idosos, ela fazia os exercícios dela, né, ela saía e ia passear com os idosos, ela fazia

Mãe - Excursão

Companheira - Não

Mãe - Ginástica

Companheira - Ginástica toda semana, saía com as irmãs dela quase todo dia, passeava, agora ela tá (faz um gesto negativo)

Mãe - Só em casa

Companheira - Só

Mãe - Só em casa e sair com ele quando precisa

Fonoaudiólogo - E tu [...], que mudança houve na tua rotina?

Companheira - Na minha rotina, olha depois que o V ficou doente eu vivi quase que exclusivamente pra ele, os primeiros seis meses mesmo, eu, não comia, lá no hospital eu não comia, eu só cuidava dele, dormia sentada porque eles não davam comida para o acompanhante, não tinha cama, eu dormia segurando a perna dele, (faz um gesto de como ela dormia) se ele se mexia eu já,

Fonoaudiólogo - Já acordava

Companheira - Isso, isso durou uns sete dias, foi eu sozinha

Mãe - Quando eu tava lá de vez em quando eles me levavam sopa (indicando estar discordando da N)

Companheira - Eu não

Mãe - Sopa, vitamina

Companheira - E daí eu fui me desnutrindo né, eu fiquei desnutrida, eu fiquei

Mãe - A [...] sofreu muito, os dois não se largavam, passeavam muito, eles andavam muito não é [...]?

Companheira - Mudou muito, muito, bastante, a gente, aquele Madri ali era todo dia, a gente caminhava muito, muito, muito, a gente não se largava

Mãe - Mas vai acontecer outra vez se Deus quiser

Companheira - E quando ele começou a trabalhar com o irmão dele, a Dona [...] ainda, telefone era, a gente ficava uma ou duas horas conversando no telefone, porque daí ele trabalhava lá, então ele não podia, só ia ao final de semana lá pra casa, então a gente conversava muito a noite, tal

Mãe - Meu fio de telefone quase chegaram a cortar

Fonoaudiólogo - (Sorri). Houve alguma coisa que vocês perceberam a necessidade de mudar pra poder ajudar o V e não conseguiram?

Companheira - Eu acho que o V precisa, se eu tivesse perto dele, ele já estaria melhor

Mãe - Tava, porque ela fazia muita coisa nele, ajudava ele, e ele tando sozinho ele não faz

Companheira - Eu sinto

Mãe - É verdade

Companheira - Eu, eu sinto que eu não posso mais ajudar (chorando)

Mãe - Ela não pode porque ela trabalha né, não da mais tempo

Companheira - E também porque o médico me proibiu né, não posso mais, ele disse tu faz algum esforço repetitivo, eu disse faço, eu fazia fisioterapia no V, ele proibiu, não posso mais de jeito nenhum, e isso, e outra coisa que, tem dia que eu chego aqui, chorando, ainda o V me da força, sabe, ele diz, não, ó (imitando as tentativas para falar de V)

Fonoaudiólogo - É isso aí, tem que dar força mesmo

V - É (concordando com movimento de cabeça)

Companheira - Ele dá força porque ele (emocionada)

Fonoaudiólogo - Vocês ainda tem alguma dúvida, tá, em relação a tudo que aconteceu, a todo esse episódio do derrame, as dificuldades que o V encontra, e que dúvidas são essas

Companheira - Eu tenho ainda que, porque essa dor na perna, porque lá, lá no hospital, eu achava que ele já deveria ter feito essa cirurgia,

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Deveria, tem ponte safena, porque não tem para a carótida, porque não tiraram uma veia daqui dele, e não botaram na carótida, essa é minha dúvida

Fonoaudiólogo - Então tu tens dúvidas ainda em relação a toda a questão do derrame, da carótida [...]

Companheira - Sim, tenho, tenho

Fonoaudiólogo - Da lesão que houve

Companheira - Porque agora o V, nós temos as duas carótidas,

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - O V só tem uma

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Não é? de repente a carótida obstruiu, de repente, não existe, sei lá, pra mim

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Eu como trabalhando na saúde, tinha que ter uma solução, sinceramente o Neurologista dele

Mãe - (Interrompe a fala da N). Aí fora tem

Companheira - Não dona [...], não to dizendo, ele dissesse, então ele que dissesse, ó, por exemplo, Curitiba tem, não é?

Fonoaudiólogo - Sim

Companheira - Se a carótida dele tá destruída um pedaço assim, vamos tirar aquele pedaço e vamos costurar outra, eles fazem no coração, porque não fazem na carótida. Essas dúvidas que eu tenho e que nenhum médico até hoje meee

Fonoaudiólogo - Respondeu

Companheira - Vai me responder

Mãe - (Fala algo ininteligível)

Companheira - Não é, uma veia que obstruiu, uma veia não, uma artéria, mas não tem jeito? Porque

que não? Se tem artéria do coração que tem jeito, porque a carótida não tem

Mãe - Será por isso que ele não fala

Companheira - Não, não tem nada a ver

Mãe - Ah não

Companheira - As cordas vocais são outra coisa

Mãe - Mas tem tanta gente que não tem um rim, não tem uma coisa [...]

Companheira - Não é outra coisa

Fonoaudiólogo - Pela lesão que teve, justamente pela falta de oxigênio, né, que teve no sistema nervoso central dele pela obstrução dessa carótida, é que ele teve um determinado tipo de lesão que faz com que hoje ele tenha uma dificuldade para falar
V - É, (concorda movimentando a cabeça)

Fonoaudiólogo - Por causa dessa lesão

Companheira - Mas não por causa da carótida né?

Fonoaudiólogo - Exato

Companheira - Mas, mas eu digo assim ó, porque, porque, ah, ele não, já no, ainda no tempo, porque ele não fez alguma coisa com essa carótida, pra arrumar, pra desobstruir, pra fazer alguma coisa

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Porque

Mãe - É

Companheira - (Impede a fala da M). Ele era bom, ele não tinha pressão alta, ele tinha feito um check-up, um pouco antes, tava tudo bem, tava tudo ótimo,

Mãe - Ele se cuidava muito

Companheira - Não. Ele não se cuidava nada

Companheira - Não, não, quando ele trabalhava no hospital ele se cuidava

Mãe - Ele comia só fritura, só gordura, ele ficava dois, três dias sem comer, quando ele tava lá em casa, eu fazia uma refeição boa, tal, mas ele, a refeição dele era (gesto de negação)

Mãe - Mas quando deu agora isso por ultimo nele, ele tava trabalhando com o VN, e, e, ele chegava de manhã cedo a primeira coisa que ele chegava aqui era o seu café com leite com pão [...]

Companheira - Ah, sim, mas daí já tava, já tava [...]

Mãe - E já levava o almoço prontinho, tudo, ele se alimentava bem

Companheira - Mas aí já não adiantou mais, não adiantava mais dona [...]

Mãe - Deu porque teve que dar

Companheira - Ah sim, mas eu to dizendo assim, minha dúvida é essa, porque não teve jeito,

Mãe - Porque bastante eu dizia, fica aqui com a mãe,

Companheira - (Interrompe a fala da M). Igual a mim

Mãe - Morava aqui comigo

Companheira - O que tá acontecendo comigo agora, não to me alimentando direito [...]

V - É, é (concordando com expressão de preocupado)

Companheira - Daqui a pouco vai acontecer alguma coisa comigo

Mãe - Vai juntando, vai juntando, né Roberto, chega uma hora, estoura

Companheira - É o que tá acontecendo comigo, daqui vou estourar não sei aonde, mas vai estourar alguma coisa eu sei disso

Mãe - Lá em São Sebastião

Fonoaudiólogo - Antes de estourar, vamos mudar, não é V?

Mãe - Não é o Roberto, vai estourar lá em São Sebastião, bem longe (risos)

Fonoaudiólogo - Não, não pode, não vamos deixar não

Mãe - É

5- PRINCIPAIS MUDANÇAS NA COTIDIANIDADE:

Fonoaudiólogo - Falando um pouquinho das mudanças ainda em relação ao V, em que ele mais mudou [...]

Companheira - Ele falava muito

Mãe - (Risos)

Companheira - Muito, a minha filha, de brincadeira, ela chamava ele de Va, Va, Va Val, porque ele falava tão rápido, que ele gaguejava um pouquinho, sabe [...]

Mãe - Ele era muito alegre

Companheira - É, muito alegre, muito

Mãe - Muito divertido

Companheira - É,

Fonoaudiólogo - Então ele falava demais

Companheira - Falava demais

Mãe - Falava demais, passeava demais

Companheira - Brincalhão, ele brincava, ele com a turma lá do posto de saúde que ele trabalhava, a gente trabalhou juntos né, ele fazia assim, brincadeira com o pessoal, todo mundo gostava dele [...]

Fonoaudiólogo - Tinha bastante amizades

Companheira - Todas, todas

Fonoaudiólogo - E como é o contato hoje com esses amigos, existe

Companheira - Não, não porque quase todos na Palhoça né, não tem mais, quando a gente passa assim de vez em quando, na rua, ele diz opá, aí um cumprimenta ele assim.

Fonoaudiólogo - Como era a relação de V com as pessoas da Família

Companheira - Não

Mãe - Se dava com todo mundo

Companheira - Ele não, não, como é que se diz, muito trabalhava, eles trabalhavam muito e não tinham muito contato

Mãe - Só que quando era assim, quando tinha festa, o V as vezes vinha as vezes não gostava de vir

Companheira - É, não era muito de

Mãe - Era assim

V - É, é (dando a impressão de estar concordando com o que está sendo dito)

Fonoaudiólogo - As vezes então, assim, as vezes estava próximo e as vezes não tanto

Mãe - As vezes já ia passear pra outro lugar

Fonoaudiólogo - Como que vocês definiriam o perfil de V

Companheira - O V era uma pessoa maravilhosa, ajudava qualquer pessoa [...]

Mãe - A mim ajudava bastante (com voz triste)

Companheira - Mais, ele não tinha muito contato com os irmãos, porque os irmãos todos trabalhavam né, não tinham muito contato, e, mais, brincalhão [...]

Mãe - Gosta muito de criança

Companheira - Muito educado, respeitador, não parava de falar um minuto, perto dele ninguém ficava triste.

Fonoaudiólogo - Era de bom humor

Companheira - De bom humor, sempre, mas também quando a gente brigava, é de quebrar o pau

Fonoaudiólogo - Sai de baixo

Companheira - Sai de baixo (risos)

Fonoaudiólogo - Mas ele ainda mantém esse bom humor, mantém?

Mãe - Não, agora, (indica que não com a cabeça)

Companheira - Agora (indica que não com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Não, pouco, mais ou menos

Companheira - Mas ainda, ainda tem, conversando lá com os meus parentes, tudo, ele, ele, sabe

Mãe - Mas estando no meio de gente assim ele tá alegre

V - É, pouco

Fonoaudiólogo - Pouco. Se nós fossemos definir assim, o que ele deixou de fazer [...]

Companheira - O que ele gostava mais, era falar, brincar com a outras pessoas, brincar

Mãe - Cassoar

Companheira - Cassoava, brincava muito com as outras pessoas, e de trabalhar, o V não era de ficar parado

Fonoaudiólogo - Tinha uma vida muito ativa né, em termos de trabalho

Companheira - Em todos os sentidos

Fonoaudiólogo - E isso ele perdeu e também gostava muito de falar, de brincar

Companheira - Em todos os sentidos, até me assustaram muito lá, aí eu fui perguntar pro, pro médico, né, daí, eu to falando da parte sexual, me assustaram um monte, eu fui perguntar pro médico como é que era, aí o médico disse, normal, muito ativa, não tem problema, não tem problema nenhum, tal, mas (indica que não estão tendo uma vida sexual ativa, pelo menos, como gostaria), e de vez em quando agora ele, ele, ele, quando ele entra em depressão, daí, mas eu venho aqui, já tiro ele, já levo ele, aí já passa tudo sabe, agora que ele tá muito sozinho [...]

Fonoaudiólogo - Qual a rotina dele hoje, atual, a rotina que ele tá tendo no dia a dia [...]

Companheira - Só come e dorme, né? (olhando para o V), não faz mais nada, e fica sentado.

Fonoaudiólogo - Algum contato com música, televisão, leitura

Companheira - Sim, sim, assiste televisão

Fonoaudiólogo - Assiste TV

Companheira - Só

Fonoaudiólogo - Lê

Companheira - Não

Mãe - Primeiro ele escrevia muito, agora ele parou

Companheira - Escrevia, parou

Fonoaudiólogo - Escrevia, deixou de escrever

Companheira - Aí trouxe lápis de cor, comprei pincel, pra ele desenhar, fez um pouquinho e parou tudo.

Fonoaudiólogo - E com quem que ele fica durante o dia, só com a Dona [...]

Companheira - Só com a Dona [...]

Mãe - Vinte e quatro horas por dia, todo dia, sou eu. É porque esse irmão, esse, ele tá sempre em Garopaba, hoje é que ele veio, ou outros tão tudo lá, mas antes deles ir pra lá, eles vieram, as irmãs tudo, vamos V, vamos V, chega lá nós levamos tu na praia, chega lá nós vamos passear, os irmãos tudinho, e ele não quis ir

Fonoaudiólogo - Em casa, o que ele hoje consegue fazer sozinho e o desempenho que ele tem

Mãe - Ele vai lá da comida pros pombinhos

V - Levanta-se para tomar o remédio para o controle da convulsão

Companheira - (Mostra V tomando o remédio sozinho). Não esquece

Fonoaudiólogo - Ele controla o remédio, é, vamos supor, faz café?

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - Não

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - As refeições não,

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - Tá

Companheira - Não porque ele só tem o (indica que o V só tem movimento com a mão esquerda), só tem, só mexe com aquele

Mãe - Será que não existe nada para endireitar aquela mão, que coisa né, olha que a gente, ele tava aqui, ele tava ali (referindo-se aos locais de fisioterapia e hidroterapia), aí ele achou que não tava adiantando, saiu, é assim, tava ali, eu disse o V, fica ali que vai ser uma boa pra ti, aí de repente [...] (falando que o V desistiu das terapias)

Companheira - Ele entrou em depressão, ele dizia, ah (faz gesto com os ombros de desinteresse), não adianta nada

Mãe - Agora faz três meses, ou quatro meses, que ele, voltou a natação outra vez

Fonoaudiólogo - Já voltou novamente, né

Mãe - Voltou

Fonoaudiólogo - E alguma coisa extra casa que ele venha fazendo sozinho

Companheira - Só fisioterapia na UDESC que agora parou e a natação

Fonoaudiólogo - Certo, mas assim de atividades, vamos supor, por exemplo, de comprar alguma coisa

Mãe - Não

Fonoaudiólogo - Não

Companheira - Só se for comigo

Fonoaudiólogo - Só

Mãe - Só com ela

Companheira - Hoje, foi no médico né?

Mãe - Hoje foi comigo, no médico eu levo ele, agora quando começar a UDESC eu que vou levar, tudo eu que levo

Fonoaudiólogo - Sempre tá acompanhado, não tem nada que ele independentemente venha fazendo assim

Companheira - Não, ele não quer

Fonoaudiólogo - Ele não quer, ele mesmo não quer

Companheira - Ele tem medo, ele tem, porque a última convulsão que ele deu, nós estávamos ali no quarto, eu trouxe umas camisas para ele, e ele tava em pé, ai eu disse, veste a camisa então, ai ele vestiu a camisa que eu dei (e explica que ele teve a convulsão)

Mãe - Mas graças a Deus foi a ultima

Companheira - Foi

Fonoaudiólogo - É, vamos torcer pra esse medicamento da um, controlar bem, né V

Mãe - Foi 12 de agosto

Companheira - Outubro, foi outubro, não foi agosto, mas ele, o médico disse que ele não pode se emocionar, não pode fazer esforço, não pode

V - é, é (discordando)

Fonoaudiólogo - Não é bem assim V

V - É, é (discordando)

Mãe - Eu não incomodo ele o dia todo, de vez em quando é, oferecendo as coisas pra ele, V ques isso, V ques aquilo

Fonoaudiólogo - É assim ó, alguma coisa que ele não faça, tanto em casa quanto extra, né, domicílio, mas que vocês percebem que ele tem vontade de tentar fazer

Mãe - Tá vontade, vontade, ele tem vontade

Companheira - Ele tem vontade de trabalhar, ele tem vontade de voltar, ele, ele vai voltar a trabalhar

Fonoaudiólogo - Tem vontade de voltar a trabalhar?

Companheira - Tem

V - É o (com expressão de querer)

Fonoaudiólogo - O que mais que vocês percebem que ele tem vontade, que ele gostaria de estar tentando

Companheira - Ele tem, ele tem vontade de ir lá limpar o meu quintal de novo

Mãe - Vontade de estudar, eu acho

Companheira - Ele tem, ele quer voltar a fazer o técnico de enfermagem

Fonoaudiólogo - Vocês percebem no dia a dia ele demonstrando isso, essa vontade de repente voltar

para fazer o técnico de enfermagem, trabalhar e cuidar da casa [...]

Companheira - Ele vai, ele quer, ele quer voltar, a voltar, ele quer, morar comigo de novo

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Mas eu disse pra ele, pra morar comigo de novo, tem que, mexer com essa mão, pra, né, pra começar a trabalhar de novo, né, fazer todos os exercícios, i, fazer rapidinho, pra me ajudar né?

Fonoaudiólogo - V, que outras coisas tu tinha vontade de tá retomando no seu dia a dia [...]

V - Pensa e tenta falar

Companheira - Dormir agarradinho comigo

V - Sorri

Companheira - Aaaaaaah! (sorri)

Fonoaudiólogo - A gente tá falando assim, de voltar a tá indo morar com a, né, com a [...], de cuidar da tua casa, de voltar a trabalhar e estudar

V - É é

Fonoaudiólogo - E o que mais

V - É (demonstrando que não consegue falar)

Companheira - Que mais

V - [...]

Fonoaudiólogo - Isso, na casa da [...] né, lá em Palhoça né?

V - É (concordando), é mais

Companheira - Limpar a piscina, diz

V - Tenta falar piscina

Mãe - É bom porque os dois se davam bem, trabalhavam juntos, né,

Fonoaudiólogo - Sim

Mãe - Assim tudo, era tão bom né, mas, (demonstrando ter sido uma perda)

Fonoaudiólogo - Então, o que vocês acham que ele gradativamente pode tá retomando a fazer, dessas questões, o que vocês acham que de repente é possível?

Companheira - Agora eu acho que não é possível, porque a mão dele não mexe, por exemplo, mexer na perna, não dá, não dá, ele não pode se abaixar.

Mãe - Ele todo dia faz um serviço, ele todo dia faz um serviço, da comida pros pombinho.

Fonoaudiólogo - Aqui atras né

Mãe - Só tinha dois já tem uma raça (sorri)

Companheira - Esse, esse, esse braço aqui tá, tá, tá, ó, bem atrofiado, ó, tá atrofiado de novo, porque ele não fez mais exercício, que eu to notando, (com expressão de negação para o V), não fez? não, ó, tá atrofiado totalmente ó. O V (com emoção de tristeza) aquele exercício que tu tem que fazer, ó, ó, ó, tu não faz, agora eu não posso te ajudar.

Fonoaudiólogo - Então vamos ver assim ó, vocês consideram o V uma pessoa independente?

V - Não (negando)

Companheira - Diz que não (com movimento de cabeça)

Fonoaudiólogo - Também não V (mas não sei se ele entendeu o que estava sendo perguntado ou se estava se referindo ao comentário anterior da com-

panheira). E o que precisa ser pra, pra ser, o que ele tá precisando retomar pra ser independente [...]

Companheira - A mão dele, principalmente

Fonoaudiólogo - Principalmente a mão

Companheira - Só a mão, principalmente a mão

Fonoaudiólogo - Principalmente a mão

Companheira - A mão, porque, porque ele era destro

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Teve que aprender tudo a fazer com a esquerda

Fonoaudiólogo - Com a esquerda

Companheira - No começo da barba ele se cortava todo, pra escrever, agora ele escreve, copia só né,

Fonoaudiólogo - Sim

Companheira - Porque ele não lê

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Ele não sabe ler, e ele não escreve, ele só copia

Mãe - Mas naquele dia, quando tu trouxesse aquele livro, ele olhou

Companheira - Algumas palavras, ele [...]

Mãe - Ele olhou, tinha o meu nome e aí ele disse

Companheira - É, é, claro, isso aí ele já gravou dona D, nosso nome ele já gravou

V - É, é, é, ã ã, ã ã

Fonoaudiólogo - Certo, sabe reconhecer algumas coisas, algumas só, né? (olhando para V)

Companheira - Algumas coisas ele grava né, já gravou

V - E, o, orra, é, orra

06- ASPECTOS SOBRE AS INTERAÇÕES:

Fonoaudiólogo - Como que vocês se comunicam no dia a dia com ele, como é que vai acontecendo a comunicação

Companheira - Eu, forço ele a falar, ó, ó (indicando que não aceita quando V tenta se comunicar sem o uso da fala) o que é, aí ele diz, ei, (expressa com a cabeça que não aceita), ei não

Fonoaudiólogo - Daí tu, faz de conta que não foi contigo

Companheira - Não, não é comigo, aí ele começa a rir, aí ele pensa, pensa, eu tenho nome, aí eu forço bastante, não sei se a dona [...] força

Fonoaudiólogo - Dona [...], como é que é assim, como que a Senhora vai conseguindo se comunicar com ele no dia a dia

Companheira - Acho que a dona [...] não, não, assim, ele aponta, que tu que?

Mãe - Não, ele chega na cozinha e diz pra mim quer café

Companheira - Ah! ele fala?

Mãe - Quer café, aí quando não quer café quer banana [...]

Fonoaudiólogo - Ele consegue falar algumas palavras

Companheira - Ele aponta, ele aponta

Fonoaudiólogo - Usa o gesto também?

Companheira - (Expressão de afirmação com movimento de cabeça)

Mãe - Quer leite, quer pão, quer banana

Companheira - Só, ele aponta muito sabe, aí eu já digo não, falar

Mãe - Mãe ele não dizia, agora já diz, chama mãe

Companheira - É

Fonoaudiólogo - Mas ele consegue se comunicar?

Companheira - Sim

Fonoaudiólogo - Consegue, né

Companheira - Sim, sim

Mãe - É, foi ontem, foi hoje, ele tava no quarto ele disse, mãe, até pensei que era o outro que tava chamando mas era ele

Companheira - Não, sim, ele se comunica

Fonoaudiólogo - O que vocês consideram que é importante pra ter uma boa comunicação com o V [...]

Mãe - Eu ensino ele uma porção a falar, uma porção de coisas

Fonoaudiólogo - Então?

Companheira - Eu acho assim ó, se o V, se, se, eu morando, se eu tivesse morando com o V, não to desfazendo da dona [...],

Mãe - Não, pode falar (sorri)

Companheira - Não to desfazendo dela

Fonoaudiólogo - Concorda com um gesto de cabeça

Companheira - Mas é, que tu sabe né, o outro lado do, né, tem o amor de mãe, ii

Mãe - O amor de marido né

Companheira - É, aí ele, ele estaria melhor

Mãe - Tava mesmo, todo mundo fala isso, até o médico falou pra mim

V - É, é, é (uma palavra ininteligível) ã, ã

Companheira - Eu brinco

Fonoaudiólogo - Além dessa questão da convivência que tu considera ser importante, teria alguma coisa a mais, que facilita a comunicação com o V no dia a dia?

Companheira - Eu achava que eu tive, que eu, até falei com o Dr Pablo, falo com a psicóloga, as, as, as assistentes sociais da Palho, da Palhoça, eu acho que deveria ter, alguma coisa, pra (pausa)

Mãe - Uma escola

Companheira - Pra ele, ter o que fazer

Fonoaudiólogo - Ter o que fazer

Companheira - Pra ele não ficar tanto

Fonoaudiólogo - Mais atividades

Companheira - Mais atividades, pra ele

Fonoaudiólogo - (Interrompe a companheira). Concorda V?

V - É, é

Companheira - Totalmente, sabe, porque eu não posso, mas ele podia assim ó, por exemplo, um exemplo que eu vou dar mas Deus o livre não é, um exemplo é a APAE, por exemplo

Fonoaudiólogo - Sim

Companheira - Os, os excepcionais vão lá pra aquela, vão lá pra APAE, o dia inteiro eles tem o que fazer

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Não é ? e agora o V, como ele não pode fazer uma coisa, mas outra coisa ele podia fazer, por exemplo, lá, lá na UDESC, eu falei com o, com o fisioterapeuta, professor lá, vocês deviam ter, fazer por exemplo uma espécie de plantão por exemplo nessas férias

Fonoaudiólogo - Sim

Companheira - Porque o V de novembro a abril, o V não teve mais fisioterapia, a UDESC não tem, eles podiam ter, fazer assim por exemplo, pegar um **Mãe** - (Interrompe a companheira). Tá fechado, eu tive lá ontem

Companheira - E já tem o papel né? (se referindo a requisição)

Mãe - Ah! eu fui levar o papel a moça disse que não era aquela, ai eu fui levar

Companheira - Ah! não, não é

Mãe - Não deixaram nem

Companheira - Tá (indicando que queria terminar a consideração anterior)

Mãe - Sei lá se vai começar

Companheira - Daí, eu digo assim, eu acho, que devia ter assim, um, um, trabalho, de, pra portadores de AVC

Fonoaudiólogo - Correto

Companheira - Por exemplo, leva ele de manhã, vai buscar ele a noite, pra ele ter o que distrair, porque ele pensa só besteira, não é

Mãe - Até a gente se a gente ficar sozinho né

Companheira - Eu, porque que eu to falando isso, porque se eu ficar em casa eu só penso besteira, se eu venho pra cá, se o V não quer fazer a, a, massagem, não quer fazer massagem, tem dia que não quer fazer, não queria fazer o exercício, eu já desanimava, já começava a chorar, já dizia pronto, não vai dar mais nada certo, então, uma coisa dessa pra ele

Fonoaudiólogo - Exato

Companheira - Achava, acho que devia ter

Fonoaudiólogo - Com certeza

Companheira - Não é?

Mãe - Ai fora tem né, ai fora que se vê

Companheira - Não sei

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Em outros países tem

V - É, é, é,

Fonoaudiólogo - Não é um modelo ainda do Brasil [...]

Companheira - Mas, mas, mas por exemplo, a, quem devia ter, eu, eu acho que em outras, em outras encarnações eu devia ser anarquista, acho que, eu, se, se fosse possível, eu fazer uma coisa dessa eu faria

Fonoaudiólogo - Certo

Companheira - Tentaria, por alguma forma, eu como técnica de enfermagem, eu to no, no posto, ó,

um exemplo né, foi uma criança, essa, essa semana lá, a barriga tava dessa altura, roxo e com uma pontinha amarela, daí fui lá falei com o pediatra, vão levar, mandar essa criança pro hospital, podendo fazer aqui no posto, ai combinei com o médico, eu faço a parte de, de limpeza, o senhor dá o antibiótico pra criança, resolvemos o problema [...]

Fonoaudiólogo - Essa questão, ter mais atividade, mais convivência [...]

Companheira - Lógico, com outras pessoas que tenha o mesmo problema do que ele

Fonoaudiólogo - Exato

Companheira - Que, que tem, que, né, que ele possa ver, que ele possa ó, eu tenho possibilidade de melhorar e tal

Fonoaudiólogo - Quais são as principais dificuldades hoje de V nesse contexto familiar, em relação a família [...]

Companheira - Olha, quando chega por exemplo, com a minha família, ele, não sei,

Mãe - A Cida

Companheira - Nunca mais falei com, com mais ninguém dos irmãos dele né, não tinha mais vindo aqui, mas ainda Sábado fomos pra lá (referindo-se a sua família) comemos, o que que nós comemos lá na casa da Terezinha (olhando para V), sabes

V - Diz que sim (com movimento de cabeça)

Companheira - O que? fala, não sabe

Mãe - Na família graças a Deus é tudo unida

Companheira - Marisco

V - Marisco (pausadamente)

Companheira - A Terezinha fez marisco, ostra gratinada

Fonoaudiólogo - Gosta de fruto do mar?

Companheira - Hum

V - Om, o (concorda movimentando a cabeça)

Companheira - Meu Deus que coisa deliciosa

Mãe - Ele ia muito pro mar né ?

Companheira - É

Fonoaudiólogo - Gostava de pescar

Companheira - Gostava

Fonoaudiólogo - Gostava de pescar

Companheira - Gostava

Fonoaudiólogo - Então tá e as principais dificuldades então, de alguma forma tu já falou, em relação também, não só em casa, mas extra domicílio, então são essas questões assim, vocês percebem quando ele tá mais envolvido com atividades acaba se motivando mais

Companheira - Sim, sim, lógico, lógico, se ele fica muito em casa, ele só fica pensando besteira, ele diz assim

V - É, é (tenta falar algo)

Companheira - Ele diz pra mim, ó, ó, ó, ó, ó, e ó tu, ó, eu to trabalhando e ele não, sabe, ele se sente um inútil, porque (olhando para o V que estava com expressão facial de questionamento)

V - E e

Companheira - Ó, eu não to fazendo nada, e o que, eu já, já pensei, repensei, o que posso fazer pra

ajudar, não tem o que fazer, não posso, não tem nada, eu não tenho o que fazer pra ajudar

7- EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA

Fonoaudiólogo - Quais são as expectativas de vocês três, vamos começar assim né, expectativas que vocês tem em relação a toda essa situação, a essa questão, quais são as expectativas Dona [...]

Mãe - Pois é eu nem sei o que eu vou falar mais

Fonoaudiólogo - É

Mãe - Olha eu espero que dessa vez, dessa grande visita que você se lembrou de nós

Companheira - É eu também

Mãe - Porque parece que foi Deus que mandou você aqui

Companheira - Eu também acho

Mãe - Que vai ser muito bom pra todos nós, eu to muito confiante

Companheira - Acho que Deus, Deus iluminou

Mãe - É

Companheira - Porque o V tá, ele tá sozinho, sabe, ele tá, ele tá se, se trancando no mundo dele, eu agora só posso vim Sábado (com voz firme), tá se trancando no mundo dele e tá

Mãe - Olha ainda ontem, ainda, foi hoje, VN (chamando o outro filho), ainda hoje o VN tava dizendo, olha, amanhã V, se prepara que nós vamos pra lá (referindo-se a praia)

Companheira - Prá onde

Mãe - Tá pra Garopaba

Companheira - Ah! tá

V - Vocaliza e faz expressão de negação

Mãe - Já tá dizendo que não vai

Fonoaudiólogo - Não quer ir

V - Á, ã (fazendo gesto de negação com a cabeça)

Mãe - Mais

Companheira - (Interrompe fala da M). Eu já disse pra ele, vai V, andar na praia, eu não posso ir, fica só um pouquinho lá

V - Faz gesto com as mãos, indicando calma, pedindo calma para a sua companheira

Fonoaudiólogo - Com calma V

V - É, calma, calma é chiii

Companheira - Tá então escuta, então Sábado vamos? Vamos, pra praia

V - É (concorda com gesto de afirmação com a cabeça)

Companheira - Ó, viu (querendo dizer que ele só vai se for com ela)

Mãe - Viu Roberto, viu Roberto

V - É é, é

Companheira - É assim (falando de forma susurrada com o fonoaudiólogo)

Mãe - Eles deve igual o agarradinho os dois

Companheira - (Sorri)

Fonoaudiólogo - (Sorri)

V - Não, não, é, [...]

Companheira - Ela sorri

Mãe - É os dois já se entendem

Fonoaudiólogo - Já se entendem bem

Mãe - As minhas duas filhas o que fizeram com esse homem indo pra lá, e não adiantou

Fonoaudiólogo - Ele em casa vê televisão, vê bastante televisão né

Companheira - Gosta de filme

Fonoaudiólogo - Tem vídeo

Companheira - Não

Fonoaudiólogo - Não tem vídeo, tá

Companheira - Ah! se tivesse vídeo, ele adora assistir [...]

Mãe - Era pra comprar mas não deu, tudo muito caro, é remédio muito caro

Fonoaudiólogo - Sim, e música ele escuta [...]

Companheira - Gosta, gosta

V - Tenta falar algo

Companheira - Assisti rádio, tem radinho

Mãe - Tem aquele disco, coloca sempre aquele, CD né

Companheira - É, tem um radinho que ele escuta, e filme, filme ele gosta

Mãe - Gosta de filme de briga

Companheira - Ação

V - Á ã (tenta falar algo)

Fonoaudiólogo - Filme de ação?

Companheira - Ação

Fonoaudiólogo - Filme de ação

V - É

Companheira - Briga, de luta, assim, de guerra, assim ele gosta

Mãe - Fica horas e horas assim olhando

Companheira - Ele assistiu todo santo dia aquele o mundo perdido

Fonoaudiólogo - Sei

V - É, é (com gesto de negação)

Companheira - Não assistiu mais

V - Não

Companheira - Porque?

V - Gesticula com as mãos

Companheira - Não pega mais, ah!

V - Faz gesto de negação com a cabeça

Mãe - Mas ele quer ver deitado, ele tem que ver nessa

Companheira - Não

V - Não, não, ei

Companheira - É na dele que ele assistiu

Mãe - Não é?

V - Não ó (faz gesto com as mãos)

Companheira - Não pega mais

Fonoaudiólogo - Não tá pegando mesmo

V - É

Fonoaudiólogo - Não tá pegando

V - Não, não

Fonoaudiólogo - A tu não quer, tu não quer mais

V - Não, não, ó (mais gestos com as mãos)

Fonoaudiólogo - Acabou

V - É

Fonoaudiólogo - Acabou, não passa mais

V - É

Fonoaudiólogo - Ah! tá não passa mais

Companheira - Ele adorava aquele filme

Mãe - Terminou é

Fonoaudiólogo - Não passa mais ah!

V - Acabou

Companheira - Acabou

V - (Sorri)

Companheira - Mas ele gosta sim, se tivesse um vídeo, ah! ai

Fonoaudiólogo - Principalmente filme de ação né

Companheira - É

V - É, éé

Companheira - De briga, de luta, é assim que tu gosta né? de beijinho e abraço ele não gosta não

Fonoaudiólogo - Não gosta

Companheira - Não, ichi

Fonoaudiólogo - Nada, nada romântico

V - (Sorri)

Fonoaudiólogo - E também a questão, é, ontem até o V conversava comigo, ele gosta, gostava muito tipo de carro, moto né, tinha moto

Mãe - Até acontecer isso ele já tava até com o papel da moto na carteira pra ir comprar

Companheira - Ia comprar uma moto sem eu saber, ia brigar com ele

Fonoaudiólogo - Já tava fazendo na surdina

Companheira - É

V - É

Companheira - Porque eu tenho uma Bis né, a gente andava com a minha Bis, e ele tava pensando em comprar uma moto

Fonoaudiólogo - É isso ai

7- PERCEPÇÕES GERAIS DO PESQUISADOR:

- Como falam durante a entrevista: a companheira de V demonstrou, durante a maior parte da entrevista, ansiedade acompanhada de uma fala disfluente. Em algumas situações percebe-se que a companheira e a mãe do sujeito afásico necessitam de informações científicas sobre afasia. V busca comunicar-se através de gestos e expressões faciais, sons ou palavras isoladas, apresentando sintomas afásicos como: anomia, parafasia, ecolalia e estereotipia. Em várias situações participou de forma ativa da entrevista, posicionado-se e demonstrando um bom nível de compreensão verbal.

Como se comportam: houveram alguns episódios de discordância entre a companheira e a mãe de V. Durante a entrevista, em algumas situações, os interlocutores de V buscaram interpretar sua fala e oportunizá-lo no espaço dialógico. Em alguns con-

textos, V interfere na conversação e busca emitir a sua opinião sobre o que está sendo discutido, enquanto sua companheira e sua mãe reagem da seguinte forma: esperam ou auxiliam a encontrar a palavra que deseja. Na verdade, em alguns momentos fica claro o quanto um sintoma afásico, como por exemplo, uma estereotipia, inserido em um jogo interpretativo pode permitir um processo comunicativo eficiente.

- Emoções presentes: ansiedade e frustração da companheira de V que, em algumas situações, chorou, demonstrou tristeza, confusão e desmotivação. E frustração da mãe de V que, em alguns momentos, emitiu comentários buscando conformar-se com a condição afásica do seu filho.

- Aspectos relacionados com o domicílio: a residência de V está situada em uma área urbana de fácil acesso, fica próxima de ponto de ônibus, de vários tipos de comércio, de clubes, de academias e de uma clínica de fisioterapia. Possui seis cômodos e um amplo quintal. Apresenta poucos recursos tecnológicos e materiais. Não possui barreiras físicas significativas.

8- OBSERVAÇÕES FINAIS:

Além do quadro de afasia V apresenta uma hemiparesia à direita

No final da entrevista a companheira de V conduziu o fonoaudiólogo até a frente da residência e teceu vários comentários, entre os quais: que está com depressão, por consequência da condição atual de V; que V é divorciado e tem dois filhos, um filho com 17 e uma filha com 12 anos de idade, que não o visitam a seis meses; que quando V teve o acidente vascular, eles estavam namorando a cinco meses, que sabe da impossibilidade de V melhorar e, por isso, que não tem mais como viverem juntos; que está se acabando por causa de V; que gostaria de ter uma vida normal, isto é, sair, namorar, entre outras coisas, mas não pode. Além desses comentários, a companheira de V questiona sobre o destino de V caso ela o deixe, uma vez que a sua mãe já está com 73 anos de idade. Nesse sentido, faz várias críticas em relação a atenção que a família oferece para V. Nesse momento, fica evidente que existe um desequilíbrio na relação entre V e sua companheira e na relação entre ela e a família de V. Tal desequilíbrio poderá, de alguma forma, interferir no processo de recuperação e de independência de V.

ANEXO 6 - TERCEIRA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: terceira

Data: 11 de janeiro de 2003

Local: residência

Início: 14:15h

Término: 15:00h

Duração: 45 minutos

Atividade: discussão sobre o roteiro de atividades pré-elaborado pelo fonoaudiólogo, com base na entrevista.

Participantes: V, sua mãe e o fonoaudiólogo

Fluir da relação: sobre o roteiro de atividades sugerido pelo fonoaudiólogo, V e sua mãe concordaram com algumas atividades e discordaram em relação a outras. V comunicou-se através de: estereotípias que modificavam-se de entonação e intensidade de acordo com a situação; e, de expressão facial e gestos com a cabeça e com a mão esquerda, associados ou não a episódios de anomia, parafasias e palavras inteligíveis. Em vários momentos percebeu-se a relação de negação fluindo na discordância de opiniões entre V e sua mãe, na não aceitação das considerações da mãe pelo V e no rumo da conversação para a inconformidade da condição afásica e para as dificuldades físicas e lingüísticas do V. Esta relação de negação indica a necessidade de uma terapia que valorize essa questão, que possibilite a informação, a conversação e dinâmicas objetivadas para a construção do processo de aceitação.

Dificuldades percebidas: as dificuldades percebidas estão relacionadas com a resistência em tentar mudar a rotina atual, o que sugere a necessidade de uma intervenção voltada para a reflexão sobre o que é desejo e o que é necessidade para a família e o sujeito afásico.

Descrição dos principais fatos:

Fonoaudiólogo - O que a senhora acha, tá, o que que o V pode tá fazendo, vamos, vamos começar pela casa, o que que o V pode tá fazendo, tá, ou o que que ele pode tá ajudando a fazer dentro de casa, pra mudar um pouquinho a rotina dele.

Mãe - Por enquanto nada né V?

V - Nada

Mãe - só toma banho, faz a barba

V - É, é, (uma palavra ininteligível) an (e gestos indicativos em direção a rua, e para os espaços da casa)

V - E anda pra lá

Fonoaudiólogo - Televisão, anda, tá, tá, pois é, mas a senhora vê alguma possibilidade, alguma coisa dentro de casa pra ele poder tá, tá fazendo

Mãe - Ele tira, levanta a, a louça da mesa, bota na pia

V - Aaa, é, (faz gestos indicando que o que a mãe está falando é irrelevante)

Fonoaudiólogo - Ah tá, já faz esse

Mãe - Pega uma vassoura varre a cozinha

Fonoaudiólogo - A, ele vem fazendo isso as vezes

Mãe - Vem

Fonoaudiólogo - Tá, ótimo

Mãe - Vai lá na garagem, da comida pro, pros pombinhos que tá sempre ali

Fonoaudiólogo - Certo, isso, mas além dos pombinhos que a gente conversou né? ele as vezes varre a cozinha, ajuda na louça

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Vem fazendo isso

Mãe - Vem, gosta muito, faz a cama dele, arruma o quarto dele

Fonoaudiólogo - Tem alguma coisa que ele podia tá fazendo, tá, é, na rua?

Mãe - Ele gostava de

V - Na rua, é, ó (interrompendo a fala da M e chamando a atenção do fonoaudiólogo)

Mãe - (Interrompe a tentativa de V). No quintal, as vezes eu digo, V pega a, quando nós tamos cortando grama, bem direitinho, an (indicando que o V se nega)

Fonoaudiólogo e V - (Silêncio)

Mãe - Cortar grama é bom né?

Fonoaudiólogo - As vezes ele não quer cortar a grama

Mãe - Não

V - Não, ééé, éé (discordando da mãe)

Mãe - Algumas vezes (olhando para o V)

V - É (concordando com movimento de cabeça)

Mãe - As vezes ele faz

Fonoaudiólogo - Ótimo, isso, e alguma coisa aqui próxima, não, não, é, a nível assim de fisioterapia, não, mas alguma coisa próxima que ele pudesse tá fazendo, a senhora vê alguma possibilidade, ou tu V [...]

V - É, é

Mãe - O Roberto, ele saia bastante, ele saia bastante, saia com a [...], ia pro Estreito, ia lá no Coqueiros

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Eles passeavam de mais, ele tava que era uma beleza, mas agora a [...] pegou outro serviço a tarde, pegou mais outro ali, agora eles quase não se ve

V - Discordando da M (com movimento de cabeça e expressão de negação)

Mãe - É difícil se ver

Fonoaudiólogo - Não é isso V

V - Discorda (com movimento de negação com a cabeça e expressão de descontentamento)

Mãe - O V fala a verdade

V - Ó, ó (com a mesma reação anterior)

Mãe - Ai complicou mais as coisas pro lado dele

V - A é, o (com a mesma reação anterior)

Mãe - Até agora não, ela vinha Quinta

V - A é (interferindo na fala da M)

Mãe - Ela vinha quinta feira, ficava sexta, sábado ai, ai aos domingos saiam, passeavam, iam lá para

Palhoça, mas agora ela, tem a semana todinha ocupada, tem o domingo ocupado

V - Permanece negando

Fonoaudiólogo - Correto.

V - Permanece negando

Fonoaudiólogo - O que a senhora acha, estamos pensando tentando encontrar formas de ajudar o V, né, o que a senhora acha que pode mudar, a nível familiar, a nível de casa, para que ele comece a se motivar mais

Mãe - Pensa

V - Ééé

Fonoaudiólogo - O que V?

V - Pensa

Fonoaudiólogo - O que precisa mudar em nível familiar, assim, para que tu se motive mais

V - A, é, (fazendo gestos indicativos em direção a rua)

Mãe - A irmã dele

V - É (olhando para o Fgo e sem estar atento a sua M)

Mãe - A irmã dele

Fonoaudiólogo - Palhoça

V - Ailhoça, ó, se, ó (faz som e gesto sugerindo sair)

Fonoaudiólogo - Tá falando da tua casa em Palhoça

V - Indica com movimento de cabeça que não

Fonoaudiólogo - Não

V - Não, não

Mãe - Na casa dele

V - Alhoça

Fonoaudiólogo - Ir lá em Palhoça

V - Não, é

Mãe - Ele ia muito em Palhoça

V - É é

Fonoaudiólogo - Pinheira?

V - Inhera

Fonoaudiólogo - Ah! praia da Pinheira

V - Ooo (indicando satisfação)

Mãe - Ele gosta lá, é quando a família

V - É, é, (com gestos indicando querer ir para esse local)

Mãe - Ela vai

V - Ó, ó (com voz em intensidade mais alta) mostrando a perna e o braço hemiparéticos

Fonoaudiólogo - É bom para a perna

V - A pe (quase falou perna) é, ó, perna, a perna

Fonoaudiólogo - Tu gosta de lá?

V - Ooo (com expressão de contentamento)

Mãe - Mas isso tu pode pedir o VN nós vamos

V - Não, não, não, ei (como quem pede para M parar de falar, com expressão de irritação)

Mãe - A, é assim, o VN não foi pra praia, ele tá aí

V - Não (com voz em intensidade baixa)

Mãe - Porque ele tem, ele tem, ele tem serviço a resolver segunda feira, aí se fosse ontem ou hoje, aí tinha de voltar, assim ele deixou pra ir semana que vem, o irmão dele

V - Fica em silêncio e discordando com movimentos de cabeça

Mãe - O irmão dele tem uma casa fechada, tem uma casa fechada, lá na Pinheira, tá fechada lá, falta acabar de arrumar tá lá, aí esses dias eu tava dizendo pra ele né, nós podia ir pra lá, eu, o outro irmão dele, o outro irmão dele, tem uma casa grande, de material, a família tá tudo lá, e tem outra de material que só falta pintar, esse irmão, que a mulher dele tá, nós tivemos lá doze dias, ele disse, mãe a casa é sua, pode ir pra lá a hora que a senhora quer, eu convido ele não quer ir Roberto, não é nada pela família, a, a,

V - Ééé (discordando com movimentos de cabeça)

Mãe - Aquela mais moça, agora, teve aqui ontem, que ela veio em casa resolver umas coisas e voltou lá pra, pra Garopaba outra vez. Vamos V, vamos, a casa tá lá a disposição, vamos, não, não quer ir, a família não sabe mais o que faz

V - Permanece discordando com movimentos de cabeça

Fonoaudiólogo - Então vamos ver assim ó, é, o que, então, a família, né, não sabe mais o que faz, a senhora diz

Mãe - O mais velho, o mais velho esse dia, convidou ele pra ir pra praia ele não quis ir, sabe o que que o irmão fez, pegou ele, levou na Madre Paulina

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Levou lá, até eu fui junto

V - Fica em silêncio

Mãe - Outra tarde ele veio aqui, pegou ele, fomos em Bombinhas, fomos na Penha, fomos lá no porto de Itajaí, ele mostrou aquilo tudo, fomos em Camboriu, andamos por aquilo tudo, o irmão disse, já que ele não quer ir a praia então vamos da um passeio bom, e ele gostou

V - É

Fonoaudiólogo - O que que precisa tá mudando V, na tua opinião?

V - O (sorri e indica que é muito com as mãos)

Fonoaudiólogo - Muita

V - Muita

Fonoaudiólogo - É, tu acredita que tu pode tá mudando

V - Indica com movimento de cabeça que sim

Fonoaudiólogo - Que tu pode tá fazendo mais coisas

Mãe - A, hoje ele fez, massagem na agua quente, botou na bacia, puxou bem as mãos, ontem fez, hoje fez, e logo de noitinha vai fazer outra vez

V - É, ééé, perna é, ó

Mãe - (Interrompe V). E tudo eu to ajudando ele pra ficar bom ligeiro

V - Ó (com vocalização e expressão de negação e gesto indicativo com as mãos solicitando que M parasse de falar)

Fonoaudiólogo - Mas enquanto ele não fica bom totalmente da perna e do braço, tá

V - Sorri (como quem não acredita nessa possibilidade)

Fonoaudiólogo - Nem sabemos se isso poderá acontecer, certo V

Mãe - É, isso

Fonoaudiólogo - Então, enquanto tu não fica melhor da perna e do braço, mesmo assim, é possível fazer, algumas coisas, não acha? É possível fazer algumas coisas para, é, que seja além de ficar somente dentro de casa

Mãe - Ir na padaria, comprar pão, essas coisas

Fonoaudiólogo - Exato

V - Não, não, é ,óó, ooo, opa ó (apontando para a rua com gesto indicando uma inclinação)

Fonoaudiólogo - Morro?

V - Morro

Fonoaudiólogo - Tá, mas daí coisas que não tem que pegar morro

V - A, é, não, ó, ó,

Fonoaudiólogo - A estrada?

V - É

Fonoaudiólogo - tá mas aqui tem reta

V - Vocalizações, o que? (Sorri)

Fonoaudiólogo - (Sorri)

V - (Sorri)

Fonoaudiólogo - Não tem padaria aqui perto, farmácia?

V - É, ó (apontando para a rua)

Fonoaudiólogo - Longe?

V - É

Fonoaudiólogo - Tem que pegar morro?

V - Não

Fonoaudiólogo - Aqui no lado

V - É

Fonoaudiólogo - Então, então tu pode tá indo ali

V - Vocaliza e gesticula

Fonoaudiólogo - (Interpreta) a, sim, pode né?

V - É

Mãe - Ele ia sempre fazer lanche mais a [...] ali

Fonoaudiólogo - Isso, fazer um lanche

V - Éé

Fonoaudiólogo - Comprar, essas coisas pode Ok?

V - É, ééé, é

Mãe - Junto

Fonoaudiólogo - Junto?

V - É, unto

Fonoaudiólogo - Junto

V - Junto com alguém

V - É

Fonoaudiólogo - Sim, junto com alguém

V - É

Fonoaudiólogo - É possível?

V - Éé, é

Fonoaudiólogo - Tá, eu tenho aqui ó, algumas sugestões, tá, deixa eu te passar aqui, tá, e ai eu preciso ver se tu vai aceitar ou não essas sugestões, tá dona [...], do que a gente pode tá fazendo

Mãe - Afirma com a cabeça que sim

Fonoaudiólogo - É, vamos pensar assim, a nível de casa, tá, aqui na tua casa, é, tem alguma horta ou plantação aqui na casa

Mãe - Faz movimento de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Não?

Mãe - Não tem porque, nós tinha lá nos fundos, mas nós temos cachorro, então a gente preferiu comprar do que

Fonoaudiólogo - E não tá pra ter em nenhum cantinho

V - Faz movimento de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Topas fazer uma horta

V - Não

Fonoaudiólogo - Não quer fazer uma horta

V - Ó, cachorro

Fonoaudiólogo - Por causa do cachorro, sim mas coloca o cachorro para o canto, não dá

V - A, a, an (sorri)

Fonoaudiólogo - Não

Mãe - Aquele grande, nós solta, revira tudo ai, nós já tivemos

V - É, ó

Fonoaudiólogo - A tá, porque a noite o cachorro fica solto

V - É, ooo

Mãe - É obrigado a ficar solto por causa do pessoal aí de cima do morro

Fonoaudiólogo - Tá

Mãe - E de noite aqui no lado aqui é uma bagunça, a gente tem que ter um cachorro solto

Fonoaudiólogo - Tem que ter um cachorro solto

Mãe - Nós tinha lá atras, tinha alface, tinha cebola, tudo, nós acabamos

V - É, é

Fonoaudiólogo - É, na casa da [...] tem Horta

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não tem?

V - Não

Fonoaudiólogo - Lá não tem horta, na tua casa em Palhoça tem?

Mãe - Não

Fonoaudiólogo - Alguma horta

Mãe - Não, lá não tem nada

Fonoaudiólogo - Também não

Mãe - Gesto de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Não tem vontade de fazer uma horta lá na [...] ou lá na tua casa em Palhoça?

V - Não, éé

Mãe - Lá é um terreno muito duro, muito ruim

V - Ruim

Mãe - É

Fonoaudiólogo - O terreno é ruim

V - É

Mãe - Primeiro ele fazia aqueles canteiros, virava tudo, ficava bonitinho, morria tudo

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - É

V - É

Mãe - E agora

V - (Interrompe M). Orra, é

Mãe - Tá até com vontade mais tarde de vender aquilo lá, o lugar também é ruim

V - É, é, é, o

Fonoaudiólogo - Tem vontade de vender lá

V - Ó

Mãe - Depois que roubaram a geladeira e as coisas dele lá da casinha ele

V - É (indagando)

Fonoaudiólogo - Uma outra coisa, é, que pode tá sendo feito, tá, também ainda em casa, compartilhar atividades, então aquilo que nós estávamos conversando, o V ajudar, de repente a varrer uma cozinha, a guardar uma louça [...]

Mãe - Concorda

Fonoaudiólogo - Tá V, mas isso tem que tá acontecendo com mais frequência

V - É, é

Mãe - Não, ele tem, ele tem até, (levanta-se e vai em direção ao quarto de V) pode chegar aqui Roberto

Fonoaudiólogo - O que dona [...], deixa eu da uma olhadinha aqui V, só um minuto

Mãe - Ele tem aqui a escrivaninha dele aqui

Fonoaudiólogo - Isso

Mãe - Ele escreve aqui, ele tem ventilador, tem rádio ali, tem tudo [...]

Fonoaudiólogo - Isso, então, essas coisas assim, arrumar o quarto, mas ta tendo mais atividade né?

V - É, é, é

Fonoaudiólogo - Acho que isso pode ta acontecendo mais, ta dona [...], a senhora pode ta puxando isso por ele, e o V também se mobilizando pra isso, né?

Mãe - E agora também, também eu vou falar com o Rodrigo pra ele entrar pra fazer pra mão

V - Não, não, não

Mãe - Ele acha que não adianta pra ele, ele disse que não adiantou

Fonoaudiólogo - O que?

Mãe - O negócio da mão

Fonoaudiólogo - A fisioterapia

Mãe - É

V - A, an (mostrando a mão)

Fonoaudiólogo - Mas quem é o Rodrigo

V - Rodrigo

Mãe - O professor aqui do lado

Fonoaudiólogo - O fisioterapeuta aqui do lado

Mãe - Ele teve bastante tempo

Fonoaudiólogo - É, uma outra atividade, que eu vou dar sugestão e que a gente vai tá tentando executar

Mãe - (Interrompendo o fonoaudiólogo e indicando um momento de reflexão sobre o que estava sendo conversado) agora quando, cortando a sua conversa

Fonoaudiólogo - Tá

Mãe - Agora quando eu for lá na verdura lá embaixo, ele já vai comigo, eu trago uma sacolinha ele traz outra, já vai escolhendo, V tu escolhe ai o que tu quer, quando eu for ali no Imperatriz a mesma coisa, ai ele já vai

Fonoaudiólogo - Isso

Mãe - Não é melhor?

Fonoaudiólogo - Isso

V - É, ó

Mãe - Eu vou fazer agora

V - Oa, ó (vocalização e gesto interpretado como movimento)

Fonoaudiólogo - Movimento?

V - Ooo

Mãe - Mas tando com a mãe não tem perigo

V - An, an (discordando)

Fonoaudiólogo - Tu sabe te cuidar na rua

Mãe - Cuida, cuida bem

Fonoaudiólogo - Tu sabe, com certeza

V - Com expressão de dúvida

Fonoaudiólogo - Mas assim, então, porque eu tava pensando assim, nessa atividade da horta, mas vocês colocam que não tem a, a possibilidade, porque eu tava pensando em alguma atividade que ele podia tá fazendo aqui dentro de casa, que ele pudesse tá assumindo uma responsabilidade todo dia, tá

Mãe - Mas tu já visse as pinturinhas que ele pinta?

Fonoaudiólogo - Não

V - Expressão de negação

Mãe - Levanta-se para pegar folhas de papel com desenhos que são oferecidas para o V pintar

Fonoaudiólogo - Mas eu pensava em alguma coisa a mais tu entendeu V, sei lá, uma horta, um viveiro, uma coisa que tu pudesse tá cuidando todo dia

V - É, é

Mãe - Ó, (trazendo desenhos pintados em folhas de papel sulfite) olha o que ele pinta de pintura, ó

V - A (mostrando a perna hemiparética)

Fonoaudiólogo - A perna?

V - A perna, an, é

Mãe - Tem mais coisas (interrompendo o diálogo de V com o fonoaudiólogo e mostrando os desenhos pintados em folhas de papel sulfite)

Fonoaudiólogo - Pra sair?

V - É

Mãe - Ele tem as coisas de pintura, que ele pinta assim

V - Com expressão de negação

Fonoaudiólogo - Mas eu penso assim dona [...]

Mãe - Coisa melhor

Fonoaudiólogo - Não, coisas que ele possa se sentir produtivo

V - É, é

Mãe - Vocaliza concordando

Fonoaudiólogo - Não adianta o V ficar dentro de casa só desenhando ou pintando, não é? (olhando para o V)

V - É, é, o, o, o, ó, eh (com voz em intensidade alta), é, é (mostrando-se irritado)

Mãe - Ele tando na rua ele fica contente

Fonoaudiólogo - É, mas lógico, porque coisas que ele possa se sentir produtivo, que ele possa se sentir normal

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Por exemplo, não é porque ele tá com um braço ou uma perna mais comprometido, que a vida dele acabou, ele tem um braço e tem uma perna, bons

Mãe - O Roberto, eu tava falando pra ele, que tem um senhor, ele é pretinho, bem magrinho, bem magrinho, ele tava lá no, na Agronômica, quando o V tava (se referindo ao Instituto Catarinense de Reabilitação), ontem de manhã eu fui no centro, encontro ele, já não tava de moleta não tava nada, ai eu disse o senhor tá melhor, ele assim, eu moro sozinho, não tenho ninguém por mim, eu que faço tudo, lavo, ele disse, já to até mexendo com a mão, ainda fez assim, (gesto com a mão) com a mão pra mim, eu cheguei contei pra ele

Fonoaudiólogo - Então Dona [...], tem pessoas que perdem a visão, tem pessoas que perdem as pernas, tem pessoas que perdem os braços, e que vivem sozinhas

V - Ooo, é, an an

Fonoaudiólogo - Então eu vejo assim, não tem porque o V ficar isolado dentro de casa

V - Não, é, é, é, é

Mãe - Amanhã de manhã ele já vai pra natação

V - Oa assim, ó, é, ó, oa, éé

Fonoaudiólogo - Fazer mais atividades

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não, não é isso

V - É, ó, o opa, o opa

Fonoaudiólogo - Movimento?

V - É, é, ó, (vocalizações)

Fonoaudiólogo - Muito movimento

V - É, oo

Mãe - Ele já vai, ele fica, ele já vai pra li, dali ele já vai com Rodrigo, porque

V - Éé

Mãe - É muito perigo, Rodrigo

Fonoaudiólogo - Não, tudo bem, mas é algo que tu pode tá buscando se adaptar né V

V - É, se, a, aaa, aaa, auroça, au, é

Fonoaudiólogo - Lá em Palhoça

V - É, ó

Mãe - Ele não foi mais, ficou com medo

V - Expressão de negação

Fonoaudiólogo - Ficou com medo de lá

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não, não

Mãe - Ele ia sempre

Fonoaudiólogo - Não tá com medo de ir em Palhoça?

V - Não (expressão indicando que o comentário da M é irrelevante), é, aroça, é, é o, ooo, oo, ó

Fonoaudiólogo - Tu gosta lá

V - Éé, ó (várias vocalizações)

Fonoaudiólogo - Então vamos ver assim, a gente tá vendo em casa, a gente, eu dei a sugestão da horta, to dando a sugestão que a Dona [...] também concorda de, né de

Mãe - Agora eu vou, aonde eu for eu levo, assim vamos fazer compras, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo

Fonoaudiólogo - Isso, Ok, e, é, uma outra sugestão, é uma leitura conjunta, eu tenho alguns livros que eu gostaria que tu começasse a tentar ler

V - É, (sorri), é

Fonoaudiólogo - Ler

V - Er, ó, ó, an, an, an, an

Mãe - Ele não tem atenção

V - É, é ó

Fonoaudiólogo - Não consegue, tá, mas a estratégia que eu, que eu quero pedir pra vocês é a leitura conjunta, eu já pedi pra [...] que quando ela pudesse tá vindo aqui, eu fiquei de emprestar alguns livros pra ela lembra?

V - An

Fonoaudiólogo - Que ela pudesse tá lendo contigo esses livros, porque são livros que estão relacionados com as dificuldades que tu tá encontrando hoje

V - É, ééé

Fonoaudiólogo - Tá, eu acho que é importante, são livros pra tu poder te orientar, pra tu poder refletir, pra tu poder encontrar saídas, tá?

V - Com expressão de dúvida

Fonoaudiólogo - Então, agora vamos chegar no seguinte, vamos pensar em coisas relacionadas com a rua [...] antes disso, uma outra coisa dentro de casa que eu acho que pode ajudar o V, é se vocês puderam conseguir um vídeo, tá, para que ele possa tá escolhendo filme, pode até ir na locadora de vídeo, né, pegar o filme, e até pra deixar a programação da televisão, que é uma das coisas que ele mais faz dentro de casa, mais rica, porque na televisão tu não tem o que escolher, tu liga

V - Não, não, não

Fonoaudiólogo - Né?

V - É, éé (tentando falar algo)

Mãe - Eu nem sei quanto é que tá

Fonoaudiólogo - Na televisão

V - Não, é, éé

Mãe - Vídeo

Fonoaudiólogo - O vídeo

V - Oo (gesto indicativo para o fonoaudiólogo)

Fonoaudiólogo - Eu e tu

V - É, e, a, a

Mãe - Tudo ele quer em dois

V - Não, não (com expressão de negação em relação ao comentário da sua Mãe)

Mãe - Porque ai é melhor né, mas eu vou ver quanto é que sai um vídeo

Fonoaudiólogo - Tu não acha que um vídeo é um recurso interessante pra ti, pra tu poder ir alugar fitas de filme e ver

V - Não

Fonoaudiólogo - Tu não, não gostaria de ver filmes

V - Não, não, é

Fonoaudiólogo - Tá, não é isso

V - Éé, ó

Fonoaudiólogo - O vídeo?

V - Não, (gesto indicando a quantidade de dois)

Fonoaudiólogo - Dois

V - Levanta-se e vai pegar algo

Fonoaudiólogo - Mostra então V

Mãe - O irmão mais novo, ele é muito inteligente, ele vem aqui fica horas e horas com ele, mas o irmão sai, pronto

V - Traz um livro sobre o meio ambiente

Fonoaudiólogo - É o livro que tu quer mostrar ou é falar sobre o meio

V - Gesto de negação com cabeça sobre o comentário do fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Não

Mãe - Ele quer mostrar alguma coisa

Fonoaudiólogo - Fitas, fitas de vídeo relacionadas com isso

V - Gesto de negação com cabeça sobre o comentário do fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Não

V - É, ó, é, é sim, ó, an (com o dedo apontando uma das folhas do livro)

Fonoaudiólogo - Ai tá falando sobre os vegetais

V - É, ió (expressa que não consegue ler)

Fonoaudiólogo - A tu não consegue ler

V - (Expressa que não consegue ler)

Fonoaudiólogo - É isso, tu não consegue ler

V - Assim ó, an

Fonoaudiólogo - Tá, mas eu to falando de filme, de filme, tu pode pegar filme traduzido, pode pegar filme que não tenha legenda, filme que tu possa ver e escutar

V - É

Fonoaudiólogo - Entendeu, filme para passar na televisão, de vídeo

V - (Sorri)

Fonoaudiólogo - É uma sugestão, to dando uma sugestão, acho que deixa mais rico o teu ambiente dentro de casa [...]

V - Fica olhando e escutando o fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Vamos pensar assim, em coisas relacionadas com a rua, tá, que a gente possa fazer, tu teria vontade de esta voltando a frequentar o centro espírita que tu ia

V - Expressão de aceitação

Fonoaudiólogo - Teria vontade, é algo que te motivava

V - O (expressão de aceitação)

Fonoaudiólogo - Tá

V - Expressão de aceitação

Fonoaudiólogo - Motiva

V - Expressão de aceitação

Fonoaudiólogo - Tá, então vou combinar contigo o seguinte, vamos marcar uma, uma, visita, pra ir lá ver como é que estão as atividades, o que é que tá acontecendo, eu não conheço, não sei onde é que fica, tu é que teria que me conduzir, me levar [...]

Mãe - Aqui na

Fonoaudiólogo - Eu não sei, tanto faz,

Mãe - Na Dona L

Fonoaudiólogo - Não sei, tanto faz, não sei qual

Mãe - É na Dona L

Fonoaudiólogo - Não sei se é aqui ou lá em Palhoça

Mãe - Lá é muito longe, lá ele não foi mais nem a [...], agora ele tava indo era aqui na Dona L

V - Éé

Fonoaudiólogo - É, daí assim ó, a gente vai ter que se organizar, a gente vai ter que ir nesse local, né, é, vê os dias que estão tendo encontros, conversar com o pessoal, enfim, se organizar pra tu poder tá voltando a frequentar, tu não acha interessante?

V - O, o, o (expressão de aceitação)

Mãe - A Dona L conversou com ele, disse pra ele continuar que ele vai melhorar, mas ele andou indo, indo, porque o irmão dele mesmo, o irmão não sai de lá, ele gosta mesmo, é desde rapaz ele já anda lá

V - Éé (expressão de negação em relação aos comentários de M)

Mãe - Agora, essa semana se ele for, as vezes eles vão de noite, vou mandar ele ver

V - Éé (expressão de negação em relação aos comentários de M)

Mãe - Mas ele vai

Fonoaudiólogo - Acha que não precisa?

Mãe - Ele vai um dia Roberto, não vai mais

V - Não, não, não, é

Fonoaudiólogo - Vamos fazer o seguinte, vamos marcar um dia para ir eu e tu lá, conhecer [...]

Mãe - Lá é bom Roberto, até pra quem tem, pra todas as pessoas, é uma beleza

Fonoaudiólogo - Sim

Mãe - Eu sou católica, mas eu vou lá

Fonoaudiólogo - Sim, e principalmente assim, porque é uma atividade que o V tem vontade de tá fazendo, então não pode deixar isso de lado

V - O, o, o

Fonoaudiólogo - É né?

Mãe - O VN tem os horários todo, o VN tem os horários, de lá

Fonoaudiólogo - Então tá, então eu vou esta organizando isso contigo a partir de amanhã, tá?

V - Expressão de aceitação

Fonoaudiólogo - Uma outra questão V, tá, é, visitar a hípica, lembra que nós conversamos sobre os cavalos, ir lá, tal

V - (Sorri)

Fonoaudiólogo - Vamos lá conhecer a hípica?

V - Com expressão de dúvida

Fonoaudiólogo - Para tu conhecer também, pra tu ir olhar, ver como é que é, conversar com as pessoas, falar com as pessoas, vamos lá conhecer a hípica?

V - Éé

Fonoaudiólogo - Porque também tu gosta de cavalo, né, também gosta, é um local que tu não conhece, vamos lá conhecer também, vamos marcar uma visita lá

V - Expressão de aceitação

Fonoaudiólogo - Fechado então, essa semana nós vamos marcar uma visita pra ir lá [...]

Mãe - Tá bom

Fonoaudiólogo - É

Mãe - Expressando concordância

Fonoaudiólogo - Uma outra questão ainda que eu tenho que organizar contigo, existe algum amigo, algum parente, algum primo, alguém que tu teria vontade de estar indo visitar

V - É éé (expressão de afirmação)

Fonoaudiólogo - Tem, tem algumas pessoas

V - O

Fonoaudiólogo - Então nós vamos combinar assim ó, tu vai pensar, tá, e aí nós vamos organizar uma visita na casa de alguém, tá, aí vai eu e tu também, eu quero ver justamente tu

V - Começa a rir

Fonoaudiólogo - Sim, eu quero ver tu chegar na casa de alguém, sabe, ver como é que a pessoa vai te receber, como que vocês vão se comunicar, eu quero ver tu se sentindo confiante para fazer as coisas, tu entendeu?

V - O, o

Fonoaudiólogo - É, tá, porque não adianta, né, eu vejo assim, tu tem todas as condições de estar ajudando a dona [...], de estar voltando a ter uma independência, entendeu, não precisa ficar, né, ir se desmotivando, se desmotivando

V - Não, o que? (sorri e expressão de concordância mas de que o comentário é irrelevante)

Fonoaudiólogo - Não né, não, ok, então, vai fazer o seguinte, só que eu não quero fazer assim ó, vamos na casa de tal pessoa, não, tu é que tem que escolher [...]

V - Expressão concordando

Fonoaudiólogo - Então assim, a visita ao centro espirita, a visita a hípica e a visita na casa de alguém, né, ou de alguma pessoa que tu tem vontade ou teria vontade, ou algum local também, que tu teria vontade de estar indo rever, tá. Nós vamos fazer isso, tá Dona [...], mas é importante que daí ele comece a manter essas rotinas, que vocês comem, também, a estar possibilitando [...]

Mãe - Ele tinha muito amigo nos hospitais que ele trabalhava

Fonoaudiólogo - Sim

V - An

Fonoaudiólogo - Tem mais algumas atividades ainda que eu estou pensando pra ti, tá, essa questão então, né, do centro, essa questão da hípica, né, do lazer que ele pode estar tendo, tá, voltando naquela questão da responsabilidade com a casa, então de repente ir comprar o pão, ir comprar o teu remédio na farmácia, essas coisas tu pode tá fazendo, e lógico, vai ser assim ó, vai ser gradativo e assistido, ou seja, ele vai começar a fazer aos poucos, e aí um dia ele pode ir com a senhora, um dia ele vai comigo, um dia vai com o irmão, daqui a pouco ele vai sozinho, não é?

V - É, é

Fonoaudiólogo - E tem mais duas questões aqui que eu acho importante, uma questão é relacionada com o trabalho, o V sente vontade de estar trabalhando

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Não é V, sente vontade de trabalhar V

Mãe - É, é (com expressão de dúvida)

Fonoaudiólogo - Com qualquer coisa, assim, que tu possa está sentindo, né, bem, trabalhando. Então, eu acho que tem algumas coisas que nós podíamos pensar, não sei se tu concorda, uma possibilidade, é a gente pensar em algum trabalho voluntário, tá, em alguma instituição

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Por exemplo, as associações

V - É

Fonoaudiólogo - Por exemplo, o hospital infantil tem uma associação, tá vendo pequenas coisas que tu possa ajudar, uma vez por semana, uma vez a cada quinze dias, tu entendeu, mas pra tu se sentir trabalhando, pra tu se sentir numa responsabilidade, tu não acha uma boa idéia? tu sempre foi ativo, tu sempre gostou disso

V - O (com expressão de que a afirmação é correta)

Fonoaudiólogo - Então, então tem assim ó, nós temos a Orionópolis

Mãe - Lá também ele (palavra ininteligível)

Fonoaudiólogo - Nós temos a associação do hospital regional, a associação do hospital infantil, tá, o próprio centro espirita, é Dona L o nome ?

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Nós podíamos falar com ela para ver se não tem alguma coisa que por semana tu pudesse tá ajudando, para tu ir lá fazer algo, pra ajudar também os outros, tu não acha uma idéia possível, boa

Mãe - É

V - Expressão de concordância

Fonoaudiólogo - Boa

V - Boa (com voz em intensidade baixa)

Fonoaudiólogo - Vamos tentar fazer isso

V - Expressão de concordância

Fonoaudiólogo - Então vamos tentar fazer isso

V - Expressão de concordância

Fonoaudiólogo - E tem uma outra coisa ainda, que eu acho que tu pode está tentando fazer, estou colocando todas as sugestões, tá, dona [...],

Mãe - Tá

Fonoaudiólogo - São sugestões, se tu concordar ou não, eu quero ver o que a gente pode esta fazendo disso, tá, são sugestões, eu estou disponível para a gente tentar fazer essas coisas. Uma outra sugestão, é que tu consiga, ou que tu tente fazer algum tipo de curso, curso

V - Expressão de discordância

Fonoaudiólogo - Eu tenho uma sugestão de Curso, tá, tu já ouviu falar naquele, naquela técnica do, do, é bonsai.

V - Não

Fonoaudiólogo - Sabe o que é (olhando para o V), sabe o que é dona [...] ?

Mãe - Não

Fonoaudiólogo - Sabe aquelas arvorezinhas bem pequenas, que você confecciona, é uma árvore

natural, só que ela é maior, e você vai confeccionando e deixa elas todas pequenas em vasos [...]

Mãe - Eu tava falando pra ela esses dias, que a sogra do meu irmão, ele mora na Barra do Aririú, teve um vizinho dela, que deu três vezes, aí ele andava todo torto na estrada, andava todo torto, aí todo dia ele ia na praia, todo dia ia na praia, aí pegou a tirar berbigão, gente lá do sítio assim, vão muito para praia, tem aquelas coisas, diz que ficou melhor das mãos, ele nunca foi pra médico assim se tratar e nem tomar remédio, ficou por ali mesmo

Fonoaudiólogo - É independente de V ficar melhor desse braço ou não, ele pode ficar melhor no dia a dia dele, né, pode tá saindo mais de casa, pode tá tendo uma função, pode está se sentindo bem, se sentindo produtivo, eu acho que é isso que tu quer?

V - O (expressão de concordância)

Fonoaudiólogo - Então vamos lá, vamos arregaçar as mangas

V - Silêncio

Mãe - Silêncio

Fonoaudiólogo - Então assim, resumindo a nossa conversa, tá, dentro de casa, tem algumas coisas que tu pode estás fazendo, como nós conversamos

Mãe - Lavar a louça né, lavar uma louça, tudo

Fonoaudiólogo - Isso, que eu acho que vai tá dependendo, do teu esforço, do esforço da tua mãe, dessa reorganização de vocês, da família, tá, e, na rua, tem diversas coisas que a gente pode fazer, tem a questão da tua religiosidade, que tu pode retomar, né, do centro espírita, tem a questão do lazer, que tu pode retomar, tem a questão do trabalho, eu dei

duas sugestões, eu dei a sugestão de, é, de um trabalho voluntário em alguma associação, a gente pode até tá vendo no centro espírita, e algum tipo de estudo ou curso que tu possa fazer e que possa depois se tornar um trabalho pra ti, como esse curso do bonsai [...]

Mãe - As vezes tem até perto e a gente não sabe

Fonoaudiólogo - Sim, as vezes tem perto e a gente não sabe

V - Éé (indagando algo)

Fonoaudiólogo - (Interrompe V). Essa questão da responsabilidade, de dividir as funções com a tua mãe, por exemplo, tem que comprar pão [...]

Mãe - Eu não sei, eu fui uma pessoa que eu trabalhei muito fora, e eu não tinha só um serviço, eu tinha dois, três, toda vida, pra isso dei estudo pra eles todos

V - Com expressão de negação sobre o comentário

Fonoaudiólogo - E o V também, o V sempre teve uma vida ativa né?

Mãe - A o V, todos eles

V - Éé

Fonoaudiólogo - Então V, vamos voltar a ter essa vida ativa

V - Não, é, é, perna, é, ó

Mãe - Ele tem que esquecer um pouco da perna, né?

V - Expressão de negação sobre o comentário da mãe

Fonoaudiólogo - Não, tu tá querendo falar que é a perna que atrapalha

V - É, é, é assim, an, puta merda, ó

ANEXO 7 - QUARTA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: quarta

Data: 12 de janeiro de 2003

Local: residência

Início: 14:15h

Término: 15:15h

Duração: 1 hora

Atividade(s):

conversação livre sobre as orientações domiciliares e extra-domiciliares sugeridas, conforme roteiro estabelecido, buscando observar aspectos relacionados com a cotidianidade e as relações

b) organizar as atividades extra-domiciliares que serão acompanhadas pelo fonoaudiólogo, conforme roteiro discutido na sessão anterior

Participantes: V, sua mãe, um dos seus irmãos e o fonoaudiólogo

Fluir da relação:

com o irmão - o irmão de V começou a participar da conversa por solicitação da sua mãe. Colocou-se a disposição para levar V ao consultório quando necessário, comentou que vai com frequência ao centro espírita mas V não quer mais acompanhá-lo, questionou algumas sugestões de atividades apresentadas pelo fonoaudiólogo e depois retirou-se da sessão para realizar uma atividade domiciliar. Durante a sua participação na sessão, percebi que ele busca facilitar a comunicação com V estimulando, em algumas situações, a utilização da escrita.

com a Mãe - a mãe permaneceu presente durante toda a sessão, apresentou uma linguagem voltada, sobretudo, para a importância das atividades sugeridas pelo fonoaudiólogo, para a sua história de vida caracterizada pelo trabalho, saúde e esforço para conseguir, sozinha, educar os filhos e para as dificuldades de V. Muitas vezes, referiu-se às dificuldades de V como uma doença, demonstrando dificuldade para compreendê-las. Geralmente, os seus comentários eram negados por V.

com V - durante a sessão conseguiu comunicar-se em vários momentos. Comentou várias coisas das quais o fonoaudiólogo não tinha conhecimento, utilizando os sintomas afásicos como as estereotípias, as parafasias e os episódios de ecolalia, associados ou não a produção oral e escrita de palavras inteligíveis; gestos indicativos com a cabeça e com a mão esquerda, expressão facial e vocal e indicações corporais. As vezes, V demonstrava confusão na compreensão verbal. Sua linguagem fluiu, sobretudo, para a sua independência, referindo-se à necessidade ou desejo de morar em um outro lugar e para as dificuldades físicas e da fala.

Dificuldades percebidas: as principais dificuldades percebidas estão relacionadas: a) com as relações entre V e sua mãe, caracterizadas, sobretudo,

pela negação dos dizeres da mãe por V durante a conversação; e, b) com a falta de mobilização da família para a construção do processo de independência de V, ou seja, seus esforços parecem concentrar-se, fundamentalmente, para a adaptação de V as atividades terapêuticas e a rotina atual da família, desconsiderando a história anterior a afasia e os desejos e as necessidades de V.

Descrição dos principais fatos:

Durante uma conversação livre, buscou-se discutir as orientações domiciliares e extra-domiciliares sugeridas na sessão anterior e organizar atividades extra-domiciliares para serem acompanhadas pelo fonoaudiólogo. Durante a sessão, a mãe do V falou sobre:

a) atividades físicas realizadas pelo V, referindo-se a exercícios realizados em uma bicicleta adaptada para funcionar como uma bicicleta ergométrica, e a exercícios de estimulação para a mão direita realizados em uma bacia com água; e,

b) sua história de vida, caracterizada pelo esforço contínuo, utilizando-a para marcar a necessidade do V se esforçar na sua reabilitação. Tal comentário, em algumas situações, incomoda V de forma significativa, como por exemplo:

Mãe - comentando sobre a necessidade do V se esforçar na sua reabilitação, diz: “de vez em quando ele abandona uma coisa”

V - fica irritado, faz expressão de negação com movimentos de cabeça e olha para o fonoaudiólogo indicando que o comentário é inadequado.

Aconteceram vários episódios de diálogo entre V e o fonoaudiólogo, como: a comunicação de que o remédio está fazendo mal, provocando dor de estômago, sobre a sua independência, relatando que gostaria de vender a sua casa em Palhoça para comprar uma casa na praia da Pinheira para poder morar sozinho, entre outros. Todos estes episódios foram facilitados pelo uso da escrita, da expressão facial, corporal e vocal, utilizadas para auxiliar no fluir do linguajar e na superação dos sintomas afásicos.

A conversa no decorrer da sessão fluiu para comentários sobre a visita dos filhos de V no final de semana, para a relação de remédios que V necessita e para questões relacionadas com a reabilitação e que não emergiram na entrevista inicial, como por exemplo, sobre a fonoterapia realizada em um consultório particular e que é caracterizada pela pouca assiduidade de V

Foi entregue por escrito o roteiro de atividades domiciliares e extradomiciliares discutidos na sessão anterior. Nesse sentido, foi emprestado um livro para a leitura conjunta, com o objetivo de auxiliar na reflexão sobre o processo de aceitação. Ao manusearem o referido livro, o irmão questionou se era um livro de auto-ajuda, a mãe de V fez comentários positivos sobre aspectos lidos e V mostrou que tinha reconhecido a palavra (televisão), apon-

tando para a palavra no livro e posteriormente para o aparelho de televisão existente na sala.

Foram organizadas várias atividades extra domiciliares para o decorrer da semana, quais sejam: visita ao centro espírita, visita a hípica, visita a algum lugar ou pessoa, sendo uma das possibilidades, visitar um criadouro de bonsai.

Observação: nesse dia, às 20:45h, a companheira de V telefonou para o fonoaudiólogo para saber

como tinha sido a sessão, relatou que não quer mais manter o relacionamento e que na verdade nunca amou V. Ela diz que atualmente, olha para o V como uma pessoa doente, mas tem medo de expor essa opinião. Percebe-se que a companheira de V apresenta um descrédito frente a possibilidade dele ser independente, sustentada por uma emoção de negação, por uma noção de piedade.

ANEXO 8 - QUINTA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: quinta

Data: 13 de janeiro de 2003

Local: extra-domiciliar (templo espírita)

Início: 14:45h

Término: 16:15h

Duração: 1 hora e 30 minutos

Atividade(s): visita ao templo espírita

Participantes: V e fonoaudiólogo

Fluir da relação:

A relação fluiu com um desempenho funcional eficiente, em nível motor, relacional e de linguagem, sugerindo que esse tipo de atividade pode contribuir para a reabilitação de V.

Dificuldades percebidas:

A principal dificuldade do V foi: realizar explicações extensas através da linguagem oral, como por exemplo, quando tentou explicar porque deixou de freqüentar a doutrina espírita, mesmo considerando-a importante para sua vida.

No âmbito familiar, a mãe de V e um dos seus irmãos, demonstraram: restrição de informação sobre afasia e dificuldade em aceitar as seqüelas de V.

Descrição dos principais fatos:

O fonoaudiólogo chegou na residência às 14:45h e V estava a sua espera na sala. Dirigiram-se até o carro e foram ao templo espírita escolhido por V, que fica a poucos quilômetros de distância, no mesmo bairro da sua casa.

Durante toda a atividade V agiu com independência motora: locomoveu-se sem apoio, abriu a porta do carro, colocou o cinto de segurança, serviu-se de água no bebedouro, entre outras coisas. Além disso, apresentou uma linguagem funcional eficiente, ou seja, foi capaz de orientar o fonoaudiólogo até o centro espírita; de tecer comentários sobre a sua vida independente antes da afasia e de explicar os procedimentos relacionados com a sessão espírita, como por exemplo, explicar como acontecia o atendimento em pequenos grupos após a palestra⁵².

No templo, sua emoção estava associada a um ritual específico, fez questão de sentar-se na frente do altar, orou silenciosamente, ficou atento a palestra e participou de forma independente do atendimento em pequenos grupos. Além disso, ficou surpreso diante do fato do fonoaudiólogo não conhecer o templo e agiu com alegria, sorrindo, diante das dúvidas do fonoaudiólogo em relação a como proceder dentro do templo.

A palestra assistida no templo, durou 30 minutos e tratou das relações humanas, abordando pontos

como: “que nossos pedidos só são atendidos de acordo com o nosso merecimento e a nossa forma de pedir”, “que uma das coisas mais difíceis é a relação entre as pessoas, onde a necessidade de aceitação e de diálogo são coisas fundamentais”, destacando que ninguém é obrigado a conviver com ninguém, mas que é necessário o respeito.

A conversa de V fluía para a vida independente que tinha antes do acidente vascular encefálico e para as dificuldades físicas atuais, isto é, a hemiparesia; e, para a fala.

Nesse contexto, já em casa, surge o seguinte comentário:

Fonoaudiólogo - [...] antes você era independente

V - oooo, crêdo (expressão de concordância)

No templo espírita, V não buscou conversar ou manter as tentativas de conversa do fonoaudiólogo sobre o convívio com a doutrina espírita. Sua comunicação, assim como nos outros dias, aconteceu, fundamentalmente, através dos sintomas afásicos, entre eles, as estereotípias, as parafasias e os episódios de ecolalia, associados ou não, a produção oral e escrita de palavras inteligíveis, gestos indicativos com a cabeça e com a mão esquerda, expressão facial e vocal e indicações corporais.⁵³ Quando me refiro a escrita, nem sempre ela ocorre no papel, as vezes V faz o movimento das letras com a mão esquerda no ar ou nos objetos, como na mesa, no sofá, entre outros, enquanto o seu interlocutor vai interpretando.

No templo, V não manteve contato com nenhuma pessoa específica, ao terminarem os procedimentos, não expressou interesse em permanecer no local, de mostrar algo ou apresentar alguém para o fonoaudiólogo ou de simplesmente comentar sobre a visita.

Ao retornar para a sua residência, a mãe relatou que nesse dia V ajudou a lavar a louça e a limpar os seu calçados, mas faltou na natação; o irmão estava lendo o livro sugerido pelo fonoaudiólogo no dia anterior e comentou que estava achando muito bom; e, o V comentou que o sapato utilizado para a visita era muito pesado, que a perna estava muito fraca e cansada.

A conversa da mãe e do irmão fluíram para a crença de que o V poderá de uma hora para a outra voltar a falar, narrando exemplos de casos semelhantes que já ouviram ou que já conheceram, indicando a necessidade de informação e de se trabalhar o processo de aceitação. Nesse sentido, o fonoaudiólogo estabeleceu um rápido comentário sobre a diferença entre estar seqüelado ou deficiente e ser dependente.

⁵² Refiro-me ao ritual da doutrina espírita intitulado “passe”, uma imposição de mãos que é realizada, em uma sala específica, após a palestra coletiva.

⁵³ Refiro-me a *indicações corporais* como sendo o ato de V nomear ou explicar algo locomovendo-se até algum local que represente ou indique o que ele está querendo nomear ou dizer.

ANEXO 9 - SEXTA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: sexta

Data: 14 de janeiro de 2003

Local: extra-domiciliar visita livre

Início: 15:00h

Término: 17:30h

Duração: 2 horas e 30 minutos

Atividade(s): visita livre

Participantes: V, fonoaudiólogo, um casal de amigos de V e uma criança de 5 anos

Fluir da relação:

V apresentou um desempenho funcional motor, relacional e de linguagem eficiente, em várias situações, sugerindo que a sistematização dessa atividade poderá contribuir para a reabilitação. Percebe-se, que no ambiente extra-domiciliar, ao contrário do ambiente domiciliar, V interage com um maior grau de aceitação frente aos comentários e dificuldades dos seus interlocutores.

Dificuldades percebidas:

Inicialmente houve dificuldade para compreender a escolha de V, ou seja, quem ele queria visitar. Tal dificuldade, favoreceu uma impressão inadequada, com efeito: de que ele não estava compreendendo a atividade que deveria ser realizada. Esse fato levou-me a pensar que, muitas vezes, as dificuldades de compreensão verbal identificadas no Afásico, na verdade, podem ser dificuldades de compreensão que emergem do seu interlocutor.

Outra dificuldade, é o nível de informação dos seus interlocutores, que demonstram claramente não saber diferenciar uma afasia de uma deficiência mental ou de uma perda de memória, sugerindo que estimular o convívio entre Afásicos e não afásicos pode ser uma questão necessária para a reabilitação e para a construção de uma sociedade inclusiva, uma sociedade capaz de respeitar a diversidade.

Descrição dos principais fatos:

V escolheu visitar uma amiga de trabalho (uma senhora que trabalhou com ele em um posto de saúde - por aproximadamente um ano), cujo nome é semelhante ao da sua mãe. Esta amiga reside no bairro onde ele morava e apresenta um problema de saúde. Para compreender quem V gostaria de visitar, o fonoaudiólogo necessitou interpretar os recursos utilizados, que foram: a produção oral do nome da sua mãe, o gesto com os dedos indicando igual, a escrita do nome da sua mãe, o gesto indicativo em direção ao bairro onde residia e a expressão facial e o gesto com a cabeça lembrando uma situação de doença.

V orientou adequadamente o fonoaudiólogo até a residência de sua amiga, apresentando um desempenho funcional eficiente, em nível motor, relacional e de linguagem. Durante o percurso, a conversa com V fluiu, principalmente, para: a) as suas dificuldades, da qual destacou que não conseguir falar fluentemente é algo que o incomoda e o desmotiva;

e, b) para o período de vida antes da afasia, da qual destacou que andava por todas as partes da região onde estávamos.

Na tentativa de estabelecer uma linguagem mais eficiente, V chega a usar o painel do carro para escrever, isto é, realiza (com o dedo indicativo esquerdo) o movimento correspondente ao formato de letras e palavras.

Ao chegar na casa da sua amiga, demonstrou alegria e espontaneidade, não apresentou resistência para adentrar ao domicílio. Uma criança de 5 anos imediatamente o reconheceu e começou a estabelecer um diálogo, V buscou responder aos questionamentos da referida criança com estereotípias, vocalizações e gestos mais infantilizados, demonstrando querer se ajustar ao desenvolvimento da criança.

Quando a referida amiga reconheceu V, emergiu uma relação de satisfação. V é recepcionado na cozinha da residência, sua amiga serve café e permanecem conversando praticamente uma hora e meia. Durante esse período, outras pessoas chegam e integram-se ao ambiente e a conversa.

A amiga de V conversa sobre sua doença (“Vítligo”) e do estado de saúde do seu esposo, que esta com câncer de estômago. Nesse momento, fica triste e chora, comenta que está desmotivada e que não quer mais sair de casa. V busca confortá-la e motivá-la.

O namoro do V é questionado por sua amiga, ele responde ao questionamento com expressão de dúvida e um sorriso.

As pessoas da casa questionam o fonoaudiólogo sobre a condição afásica de V, indagam, por exemplo, se V lembra e/ou tem consciência das coisas, demonstrando falta de informação.

A conversação vai caracterizando-se com perguntas sobre V, lembranças do passado, comentários sobre coisas do dia a dia, da qual as palavras de conforto são uma constante.

Diante da dificuldade em compreender V, seus interlocutores recorrem ao fonoaudiólogo ou ficam em silêncio, que é rompido com a entrada de um novo tema ou com comentários sobre a dificuldade de V.

Em algumas situações, os interlocutores de V buscam falar com ele aumentando a intensidade vocal, como se a dificuldade de V fosse escutar.

As vezes, ocorrem episódios de linguagem em que a afasia é esquecida, ou seja, episódios fundamentados em uma rotina de normalidade, como por exemplo: o episódio em que a amiga de V, posicionada de costas para ele, enquanto faz café, emite uma pergunta e insiste, de forma inconsciente, que o mesmo responda a pergunta.

Em resumo, essa sessão extra-domiciliar demonstrou que, em relação ao ambiente domiciliar, houve uma maior tolerância por parte de V aos comentários e as dificuldades dos seus interlocutores; e, uma atividade comunicativa mais intensa e extensa.

ANEXO 10 - SÉTIMA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: sétima

Data: 15 de janeiro de 2003

Local: extra-domiciliar

Início: 15:30h

Término: 17:20h

Duração: 1 hora e 50 minutos

Atividade(s): visita a uma hípica

Participantes: sujeito afásico, professor de hipismo e fonoaudiólogo

Fluir da relação: V mostrou-se mais cansado do que nas atividades anteriores, reclamou com frequência da perna hemiparética, da dificuldade para caminhar. Várias vezes, V afastava-se fisicamente do fonoaudiólogo e do professor de hipismo, mantendo uma certa distância da conversação. Houveram alguns episódios onde V comunicou-se de forma eficiente com o professor de hipismo; e, algumas poucas situações em que o professor de hipismo buscou iniciar um processo de diálogo com V, das quais caracterizaram-se com perguntas objetivas respondidas por V com gestos de afirmação ou negação que não eram ampliados.

Dificuldades percebidas:

- a) dificuldade física de V - baixa resistência para andar
- b) dificuldade relacional - emoção de negação na relação com a mãe
- c) dificuldade para ampliar a conversação com o professor de hipismo

Descrição dos principais fatos:

Ao sair para a hípica V comentou que essa sessão (visita), ao contrário das anteriores, seria conduzida pelo fonoaudiólogo, uma vez que ele não sabia onde ficava a hípica. Mostrou-se menos interessado em relação a última atividade (visita a casa de uma amiga). Durante a sessão, apresentou fadiga ao andar, reclamou da perna com hemiparesia e necessitou sentar duas vezes para descansar.

Na hípica, várias vezes, V afastava-se fisicamente do fonoaudiólogo e do professor de hipismo, mantendo uma distância da conversação. Houve episódios eficientes de comunicação com o professor de hipismo, como por exemplo, ao comentar através de gestos indicativos e expressão facial/corporal associada a vocalizações, que quando os cavalos baixam as orelhas deve-se ter mais cuidado; e, que para se manter um cavalo é necessário grandes recursos financeiros. Aconteceram poucas situações em que o professor de hipismo iniciou um processo de diálogo com V, caracterizadas por perguntas objetivas que eram respondidas por V através de gestos de afirmação ou de negação que não eram ampliados.

A conversação fluiu para as dificuldades motoras e de fala, utilizadas por V como justificativa para a impossibilidade dele fazer equoterapia.

No retorno da hípica, V estabeleceu um momento de humor com o fonoaudiólogo, ao brincar (gritando pela janela do carro) com dois idosos que estavam realizando exercícios a beira mar.

Já em casa, após a visita, V permaneceu mostrando falta de paciência diante dos comentários da sua mãe e/ou das suas tentativas para compreendê-lo. Pôr sua vez, essa falta de paciência de V é aumentada quando sua mãe emite comentários de lamento em relação às dificuldades do seu filho e/ou comentários equivocados, como por exemplo, quando afirma que V não lembra das coisas. Nesse contexto, fica evidente a ausência de uma relação de convivência adequada para a reabilitação; e, que a prioridade para a mãe de V não é a comunicação, mas uma fala fluente por parte de V.

A mãe relata que nesse dia V fez várias coisas, referindo-se as atividades motoras e ao cuidado com o seu quarto. Porém, fica claro que para a mãe de V, ser ativo em casa, ainda significa, fundamentalmente, realizar as atividades físicas terapêuticas.

ANEXO 11 - OITAVA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: oitava

Data: 16 de janeiro de 2003

Local: domiciliar e extra-domiciliar

Início: 08:45h

Término: 11:15h

Duração: 2 horas e 30 minutos

Atividade(s): a) em nível domiciliar - conversar sobre a rotina diária b) em nível extra-domiciliar - acompanhar V na fisioterapia - hidroterapia

Participantes: V, sua mãe, o fonoaudiólogo, dez pacientes da turma de hidroterapia⁵⁴, duas fisioterapeutas e a recepcionista da clínica

Fluir da relação: V agiu de forma independente durante toda a sessão de hidroterapia, durante todas as ações. Permaneceu até o final da sessão e estabeleceu linguagem funcional eficiente com algumas pessoas que, naturalmente, conseguiram interpretar os sintomas afásicos, os gestos, as expressões faciais e corporais, as vocalizações e as palavras isoladas inteligíveis produzidas por V. Fica evidente a capacidade para V viver de forma independente algumas atividades do cotidiano, através do uso da linguagem em um sentido consensual e recorrente. Nesse sentido, V consegue, entre outras coisas: manter hábitos relacionados com a sua história de vida antes da afasia, como por exemplo, chegar cedo no local, antes do início da atividade; aprender novos rituais, como por exemplo, a seqüência de atividades relacionadas com a sessão de hidroterapia; e, iniciar uma interação nova a partir de uma interação já vivenciada, como por exemplo, quando o fonoaudiólogo chega na clínica de fisioterapia para desenvolver a atividade planejada e V estabelece um diálogo inicial comentando a visita feita a uma hípica, na sessão anterior. Apesar disso, em nível domiciliar, o cotidiano de V ainda está voltado, essencialmente, para as atividades terapêuticas em nível físico.

Dificuldades percebidas: verifiquei a permanência da dificuldade de aceitação da condição afásica, presente na relação de V com a sua mãe; durante um episódio de conversação (centrado na atividade a ser realizada) entre fisioterapeuta e V; e, no fluir da conversação de V para as suas dificuldades físicas e lingüísticas.

Descrição dos principais fatos:

Às 8:45h o fonoaudiólogo chegou na casa de V para acompanhá-lo até a clínica de fisioterapia, que fica ao lado de sua residência, conforme previamente combinado. Mas ao chegar, V já tinha se dirigido para a mesma. Ao encontrá-lo na clínica, V foi afetuoso e, em seguida, iniciou uma conversa sobre a atividade da sessão anterior, ou seja, a visita

a uma hípica. Tal conversa, posteriormente, foi projetada para uma fisioterapeuta e a secretária que estavam na recepção. Nesse contexto, V teve a oportunidade de estabelecer episódios comunicativos eficientes com essas pessoas. No primeiro caso, ocorre o seguinte episódio:

Fonoaudiólogo - a clínica é nova aqui

Secretária - aqui é, antes ficava no lado da academia

V - faz um gesto indicativo com a mão esquerda para a sala da clínica, fala /ô/ e faz um gesto com o dedo polegar da mão esquerda e uma expressão facial indicando positivo

Secretária - olha para V e diz “é aqui ficou bem melhor”

V - concorda com um gesto afirmativo com a cabeça

No segundo caso, com o fisioterapeuta, ocorre o seguinte episódio comunicativo:

V - o, o (com voz em intensidade alta em direção ao fisioterapeuta que estava em uma outra sala)

Fisioterapeuta - olha mas não corresponde

V - insiste- o, o e faz um gesto indicativo em direção ao fonoaudiólogo

Fisioterapeuta - aproxima-se e diz “fala” [...]

V - o, faz um gesto em direção ao relógio na parede da recepção e depois em direção a piscina.

V - às 9:15h (referindo-se ao horário de início da sessão de hidroterapia)

V - faz um gesto indicando positivo com o dedo polegar e dirige o seu olhar para o fonoaudiólogo

Além desses dois episódios, ocorreu um outro episódio comunicativo em que um senhor aproxima-se de V, cumprimenta-o, e faz vários comentários com humor, estabelecendo uma relação caracterizada pela descontração. V retribui o cumprimento e os comentários através do contato visual e da expressão facial e corporal. Nessa relação, percebo que, em um determinado momento, o interlocutor utiliza gestos com as mãos no sentido de facilitar a conversa com V.

Às 9:15h nos dirigimos para a piscina, que fica alguns metros de distância da recepção onde estávamos. Na hidroterapia, V apresentou um bom desempenho funcional, agiu de forma independente durante toda a sessão: trocou de roupa, dirigiu-se e entrou sozinho na piscina, entre outros.

Na piscina, V não recebe nenhum tratamento diferenciado por parte do fisioterapeuta ou dos seus companheiros de hidroterapia. Ao entrar na piscina, os pacientes sabem de antemão os exercícios de aquecimento que devem ser realizados. Posteriormente, o fisioterapeuta dirige-se aos pacientes, um por vez, orientando-os e auxiliando-os nos exercícios.

No decorrer da hidroterapia, os pacientes conversam sobre assuntos gerais, do dia a dia, e realizam comentários que desencadeiam momentos de hu-

⁵⁴ Nenhum destes pacientes apresentam sequelas neurológicas.

mor. Em algumas situações, alguns pacientes, estabelecem um contato visual afetivo com o V.

A conversação de V com o fisioterapeuta flui no sentido da atividade que está sendo realizada, com perguntas objetivas por parte do fisioterapeuta e respostas com gestos, expressão facial e vocalizações por parte do V. Assim, temos que nessa relação com o fisioterapeuta a conversa não era diversificada ou nutrida. Porém, na relação de V com outros pacientes houveram episódios de conversação fluindo para assuntos cotidianos, como por exemplo, futebol.

Dois acontecimentos foram importantes para verificar o fortalecimento da relação terapêutica entre V e o fonoaudiólogo, quais sejam: a) a insistência de V para que o fonoaudiólogo entrasse no ambiente da piscina, para acompanhar a sessão de hidroterapia, ao invés de observá-la pelo espelho da sala de recepção; e, b) as situações em que, da piscina, V buscava estabelecer uma relação comunicativa com o fonoaudiólogo, usando os mesmos recursos descritos nas outras sessões.

V permaneceu até o final da hidroterapia (que terminou às 10:30) e buscou realizar todos os exercícios solicitados pelo fisioterapeuta, apresentando dificuldades para a execução de algumas atividades com o braço direito.

O fisioterapeuta relatou que V perdeu um pouco da condição física que vinha recuperando por ter ficado afastado da hidroterapia durante aproximadamente três meses, isto é, desde o início de novembro de 2002.

No retorno para a casa, ocorreram novos episódios de impaciência e de negação na relação de V com a sua mãe. De acordo com a mãe de V, as atividades desta pesquisa estão contribuindo para o processo de reabilitação. Porém, percebo que a rotina domiciliar de V permanece basicamente a mesma.

Em resumo, a hidroterapia caracterizou-se como um espaço onde V pode estar envolvido com momentos de linguagem, de humor, de trabalho físico, de independência e de aprendizagem.

ANEXO 12 - NONA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: nona

Data: 17 de janeiro de 2003

Local: extra-domiciliar

Início: 09:00h

Término: 11:35h

Duração: 2 horas e 35 minutos

Atividade(s): visita a um criadouro de bonsai

Participantes: V, fonoaudiólogo e o professor de bonsai

Fluir da relação: V participou ativamente dessa sessão, ou seja, da visita ao criadouro de bonsai. Realizou perguntas e comentários que, na maioria das vezes, não eram interpretados e compreendidos com facilidade pelo professor de bonsai, sendo necessário o auxílio constante do fonoaudiólogo. V apresentou uma linguagem caracterizada por gestos indicativos e expressões faciais, vocalizações estereotipadas e palavras inteligíveis produzidas com apoio, isto é, a partir de pistas auditivas emitidas pelo fonoaudiólogo e/ou o professor de bonsai no jogo de interpretação dos sintomas afásicos. Nessa sessão, percebo um significativo interesse de V em falar, geralmente inibido pela anomia.

Dificuldades percebidas: V apresentou: a) uma certa dificuldade de locomoção (por causa do terreno acidentado do local visitado), que foi atenuada com o auxílio do fonoaudiólogo; b) dificuldades para fazer fluir a conversação com o professor de bonsai, que apresentava dificuldade para estabelecer um jogo de interpretação dos sintomas afásicos de V; e, c) resistência em aceitar a proposta de fazer o curso de bonsai, justificada pela sua dificuldade em locomover-se (por causa da hemiparesia).

Descrição dos principais fatos: no dia 16 de janeiro, um dia antes dessa sessão, o fonoaudiólogo realizou contato telefônico com um professor de bonsai para verificar a possibilidade de V fazer um curso para aprender a técnica do bonsai. Durante esse contato, explicou a condição física e de linguagem de V. O professor de bonsai mostrou interesse e se colocou a disposição para discutir o assunto, mas pontuou três considerações para serem transmitidas a V, quais sejam: a) para verificar se ele realmente quer fazer o curso ou apenas responder a um pedido do fonoaudiólogo; b) para ter consciência de que a técnica de bonsai, após ser aprendida, necessita ser constantemente praticada; e, c) para ter consciência que a arte do bonsai não é uma arte imediata.

Nesse sentido, dia 17, às 9:00h, o fonoaudiólogo dirige-se a residência de V para visitarem o criadouro de bonsai. Antes da visita, entrega o cartão de apresentação do professor de bonsai para V que, após analisa-lo, consegue identificar várias pala-

durante o trajeto até o criadouro, fonoaudiólogo e V estabelecem rápidas conversas, despertadas pelo ambiente compartilhado e pela atividade que está sendo realizada. O linguajar de V caracteriza-se da mesma forma que nas sessões anteriores, ou seja, por gestos; expressão facial e corporal; sintomas afásicos, sobretudo, estereotípias e parafasias; e, vocalizações e articulações isoladas de palavras inteligíveis. Percebe-se que a cada dia fica mais simples estabelecer uma comunicação com V através do jogo de interpretação das suas produções, que quando não são eficientes, serve para: a) quebrar a ansiedade com humor; e, b) para estipular, naturalmente, uma pausa para a retomada do tema em uma outra situação, quando surgirem elementos contextuais capazes de facilitá-lo. Assim, quando as tentativas de comunicação são infelizes, busca-se mudar o tema em questão. Nesse contexto, percebo que o convívio na diversidade de atividades torna-se elemento essencial para a reabilitação.

Ao chegar no local, houve uma recepção agradável, o professor de bonsai buscou mostrar o criadouro, falar sobre a sua atividade profissional e oferecer várias explicações e demonstrações sobre a arte do bonsai, entre elas: a sua origem natural e a sua tradição budista, instrumentos e materiais utilizados na confecção, modelos e cuidados com o bonsai doente. Em contrapartida, de maneira informal, o fonoaudiólogo falou sobre a condição física e de linguagem de V e os objetivos da visita.

Frente as dificuldades do V, o professor de bonsai comenta que para aprender a técnica do bonsai não é necessário falar; e, que é possível aprendê-la manuseando apenas uma mão. Destaca que para o domínio da técnica o mais importante é a capacidade de observação e a paciência. Em resumo, o professor de bonsai não colocou obstáculos e motivou V a fazer o Curso.

A conversação fluíu entre a arte do bonsai, a história de vida das pessoas presentes e a natureza do local, da qual V realizava perguntas e tecia comentários que, em várias situações, não eram facilmente compreendidos pelo professor de bonsai, sendo necessário o auxílio do fonoaudiólogo para facilitar essa relação. Nesse contexto, V comparou a tranquilidade do local com o movimento urbano do bairro onde fica a casa da sua mãe.

Percebi que a conversação não ficou centrada exclusivamente nas dificuldades físicas e lingüísticas de V e que a linguagem caracterizava-se por gestos indicativos e expressões faciais, vocalizações estereotipadas e palavras inteligíveis produzidas com apoio, isto é, a partir de pistas auditivas emitidas pelo fonoaudiólogo e/ou o professor de bonsai no jogo de interpretação dos sintomas afásicos.

Assim como nas atividades anteriores, ou seja, na hidroterapia e na visita a casa de uma amiga, V mostra satisfação em ver crianças, indicando que esse tipo de relação pode ser um elemento impor-

tante para a sua reabilitação, um elemento a ser explorado.

Durante a sessão, percebi que, embora o professor de bonsai tivesse dificuldade para interpretar os sintomas afásicos e para compreender V, dirigindo-se pouco a ele e não nutrindo a conversação, houve um processo de aceitação evidenciado, sobretudo, na ação em eliminar obstáculos.

Nesse sentido, é válido destacar que na atividade do dia 14 de janeiro de 2004, durante a visita a casa de uma amiga, a conversa com V foi melhor nutrida pelos seus interlocutores que, buscaram questioná-lo sobre diversas coisas do dia a dia. Tal fato, pode estar associado com: a) a amizade b) pelo desconhecimento dos seus interlocutores sobre a atividade c) pelo tipo de atividade.

V fica com dúvidas entre fazer e não fazer o curso de bonsai, comenta sobre sua dificuldade de loco-

moção e o terreno acidentado do local. Porém, posteriormente, o fonoaudiólogo identifica que um dos fatores que deixa V em dúvida para fazer o curso é a sua locomoção até o local, ou seja, sobre como ir até o local do curso.

No final da sessão, o professor presenteou V com um bonsai para que ele fosse aprendendo a cuidar da planta e, com isso, identificasse se queria ou não queria fazer o curso.

Entre os benefícios do bonsai para V, destaca-se: resgatar a habilidade e o prazer pela atividade com a terra; proporcionar uma aprendizagem contínua; possibilitar uma atividade que poderá tornar-se uma forma de trabalho produtivo; ampliar a rotina domiciliar e extra-domiciliar; proporcionar condições para a produção de linguagem; desenvolver a observação e a meditação, que são aspectos importantes para a reabilitação; entre outros.

ANEXO 13 - DÉCIMA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: décima

Data: 19 de janeiro de 2003

Local: consultório

Início: 14:45h

Término: 16:00h

Duração: 1 hora e 15 minutos (30m com V e 45m com a sua mãe)

Atividade(s): a) conversação individual com V, sobre: o dia do acidente vascular encefálico; sua relação com a namorada, a mãe, os irmãos e com os filhos; e, as atividades domiciliares e extradomiciliares que vem sendo realizadas. O objetivo dessa atividade é redirecionar os sintomas afásicos para uma comunicação eficiente através de temas considerados emergentes para a reabilitação fonoaudiológica, ou seja, trabalhar a linguagem contextualizada com a vida e com o processo de aceitação da condição afásica.

b) conversação individual com a mãe do V, sobre: o dia do acidente vascular encefálico, sua relação com o filho e as atividades domiciliares e extradomiciliares que vem sendo realizadas. O objetivo dessa atividade é discutir o processo de aceitação da condição afásica de V através de temas considerados emergentes para a reabilitação fonoaudiológica.

Fluir da relação: V conseguiu conversar e estabelecer uma comunicação com episódios de oralidade. Respondeu as perguntas e fez vários comentários, mostrou dúvida e ansiedade em algumas situações

A mãe de V mostra, espontaneamente, uma intensa necessidade de conversar sobre a causa do acidente vascular encefálico e a rotina atual do seu filho, expõe elementos que não eram possíveis de serem revelados em sua casa e na presença de seus filhos. Indica ansiedade e preocupação quanto ao sigilo do seu depoimento.

Dificuldades percebidas: as dificuldades percebidas são referentes a relação entre a família, V e a sua companheira, que se caracteriza como uma relação de dúvida, desconfiança, confusa e de ansiedade, que impede uma convivência com base na aceitação e interfere no processo de ajustamento à condição afásica, ou seja, interfere no estabelecimento de uma cotidianidade e de interações que possam ser significativas para a produção da linguagem.

Descrição dos principais fatos:

a) conversação com V

Fonoaudiólogo - Como tá a tua relação com a [...], atua namorada

V - Faz gesto com a cabeça indicando dúvida

Fonoaudiólogo - Como vocês estão

V -Faz gesto com a mão indicando que acabou

Fonoaudiólogo - Mas por que?

V - Tenta falar, episódio de anomia, faz gesto no ar com o dedo indicador esquerdo buscando escrever uma palavra

Fonoaudiólogo - oferece um papel

V - Escreve e fala a palavra Sábado

Fonoaudiólogo - Ah Sábado, sábado

V - Devolve o papel para o fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - pode ficar aí [...]

V - É, se, ó, ã, é, po, ó

Fonoaudiólogo - foi por causa do Sábado?

V - É, não, não, não, é, ó (com gestos com a mão esquerda), éé

Fonoaudiólogo - alguma coisa em relação

V - É

Fonoaudiólogo - É?

V - O, o, o, o, (com expressão facial de descontentamento)

Fonoaudiólogo - falou com ele no Sábado, foi num Sábado que tu falou

V - ã, é, é, alou, alo (fazendo gesto com a mão esquerda indicando um telefone)

Fonoaudiólogo - por telefone

V - É, alo, é, (anomia), ó, ó, (vocaliza e faz gesto com a mão esquerda indicando negação)

Fonoaudiólogo - certo, por telefone tu falou pra ela que não queria mais

V - É

Fonoaudiólogo - no Sábado

V - Sábado

Fonoaudiólogo - Então, mas eu estava perguntando, eu perguntei pra ti, se tem alguma razão específica, né

V - Não (em intensidade baixa) fazendo gesto de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Não tem nada específico?

V - Não

Fonoaudiólogo - Simplesmente tu não quer mais

V - Não, éé, não

Fonoaudiólogo - Não

V - Fica em silêncio

Fonoaudiólogo - E ela foi na tua casa esse final de semana?

V - Faz gesto de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Não foi?

V - É, Sábado, ó, é, [...], Sábado, Sábado [...], (vários gestos com a mão esquerda) óó, é

Fonoaudiólogo - A [...] no Sábado, ela

V - Ó

Fonoaudiólogo - Não foi

V - Não, não, ó (faz gesto com a mão esquerda indicando muito)

Fonoaudiólogo - Muito

V - É

Fonoaudiólogo - A muito tempo que ela não tá indo?

V - Não, não

Fonoaudiólogo - observa

V - É (e olha para o papel)

Fonoaudiólogo - escreve

V - Ééé, éé

Fonoaudiólogo - Em relação a [...]

V - É

Fonoaudiólogo - Observa

V - Éé, o (com expressão de desconforto)

Fonoaudiólogo - Certo, certo

V - É, se, ota, é, orra, é, orra, é, ã, ã ã, ã, ó (com expressão de cansaço ou sono), é ã, ã

Fonoaudiólogo - Esse é um gesto de dormir, com sono

V - Sono, sono

Fonoaudiólogo - Ela só tá vindo a noite

V - Expressão de dúvida em relação ao comentário do fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Ela tá indo a noite na tua casa

V - Expressão de dúvida em relação ao comentário do fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - A [...]

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - Ééé

Fonoaudiólogo - Ah, ela, a [...] tá muito cansada

V - É, Sábado, óó

Fonoaudiólogo - A [...] tá muito cansada, com sono

V - Vocaliza

Fonoaudiólogo - Tá trabalhando muito

V - É, éé

Fonoaudiólogo - E tu não acha isso bom

V - Não

Fonoaudiólogo - Tu acha que é ruim pra ela

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - Gesto de afirmação com a cabeça

Fonoaudiólogo - E tu falou isso pra ela

V - (Gesto indicando dúvida). É é

Fonoaudiólogo - Falou

V - Alou

Fonoaudiólogo - E ela, o que que ela te disse, o que ela te falou

V - Éé, alou, é, ã, é, ó, (vários gestos com a mão esquerda e vocalizações)

Fonoaudiólogo - Ela falou contigo por telefone e desligou, e aí vocês decidiram não se falar mais

V - Expressão corporal de dúvida

Fonoaudiólogo - Tá na dúvida

V - Gesto de afirmação com a cabeça

Fonoaudiólogo - É

V - Fica em silêncio

Fonoaudiólogo - Tu gosta da [...]?

V - Éé, oo

Fonoaudiólogo - Gosta

V - Movimento afirmativo com a cabeça

Fonoaudiólogo - E não pretende mais tá falando com ela

V - Expressão corporal indicando dúvida

Fonoaudiólogo - Depende

V - Expressão corporal indicando dúvida

Fonoaudiólogo - Não sabe

V - Fica em silêncio

Fonoaudiólogo - Como é que tá a relação com a tua mãe, a relação com a tua mãe

V - ãe

Fonoaudiólogo - É, a gente falou um pouquinho sobre a tua relação com a [...], né, e como é que é a tua relação com a tua mãe

V - Éé, [...]

Fonoaudiólogo - Com a tua mãe

V - É (gesto com a mão esquerda indicando negação)

Fonoaudiólogo - Não é boa?

V - É (gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Não

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Por que V, por que a relação com a dona [...] não é muito boa?

V - Vocaliza e sorri

Fonoaudiólogo - (Sorri e insiste na pergunta) por que?

V - ãã, ó, (vários gestos com a mão esquerda)

Fonoaudiólogo - Sempre foi assim a tua relação com a, a relação com a tua mãe

V - Indica dúvida em relação ao comentário do fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - A relação tua com a tua mãe sempre foi dessa forma

V - Ééé (silêncio)

Fonoaudiólogo - Tem alguma coisa na tua mãe que te incomoda?

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Não

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Porque que tu fala que a relação não é muito boa com ela

V - Éé

Fonoaudiólogo - Com a tua mãe

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - Não, é, ó (com gesto indicando para fora)

Fonoaudiólogo - O que é isso

V - Éé

Fonoaudiólogo - Esse gesto, sair

V - A (como se fosse falar sair)

Fonoaudiólogo - Sair

V - Não (repete o gesto anterior)

Fonoaudiólogo - Observa

V - Se, ó (repete o gesto anterior), sai, assim oo, é, ó

Fonoaudiólogo - Tu não queria tá morando com ela

V - Não

Fonoaudiólogo - Não, tu queria morar em um outro lugar

V - É

Fonoaudiólogo - A é?

V - (Várias vocalizações encadeadas mudando de intensidade acompanhadas de gestos com a mão esquerda e expressão facial indicando desconforto) “é assim, ãã, oo, ã, va, ã, oba, éé, (palavra ininteligível) o, e, pã, ã, é, cida, ó, (movimento linguo-

palatal indicando desconforto) ééé, ã, o, o, see, (palavra ininteligível)”

Fonoaudiólogo - Pelo que eu estou entendendo, tu acha que ela te sufoca

V - É, é

Fonoaudiólogo - É

V - Observa

Fonoaudiólogo - Tu gostaria de estar morando então em um outro lugar

V - É

Fonoaudiólogo - Aonde

V - Sorri e fala em intensidade bem baixa “aonde”

Fonoaudiólogo - É, aonde

V - Silêncio

Fonoaudiólogo - Em que lugar tu gostaria de estar morando

V - Aonde? (questionando fonoaudiólogo)

Fonoaudiólogo - Aonde

V - Observa fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Hoje tu mora com a tua mãe, mas não tá muito bom, tu queria sair, né, sair para onde?

V - Éé, eu

Fonoaudiólogo - Isso, tu

V - Eu, o, eu, é, é

Fonoaudiólogo - Pra onde

V - ã, eu, a, a, aonde

Fonoaudiólogo - É

V - Om, é, é, (silêncio)

Fonoaudiólogo - Silêncio

V - Indica anomia apontando para o pescoço

Fonoaudiólogo - Não, é justamente, eu estou conversando

V - (Interrompe a fala do fonoaudiólogo). É, é

Fonoaudiólogo - Contigo pra que tu consiga tá falando, tá?

V - Observa fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Então assim, eu sei que está difícil pra tu falar, mas vamos tentar, tu tinha vontade de morar em uma outra casa

V - Casa, é

Fonoaudiólogo - Outra casa, em que casa, na tua casa lá em Palhoça

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - É

Fonoaudiólogo - Na tua casa lá em Palhoça, é isso?

V - (Faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Então tu tinha vontade de não tá morando na casa da tu mãe, mas de estar lá em Palhoça, morando na tua casa

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - (Faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Tá

V - Observa

Fonoaudiólogo - Tu e a tua mãe brigam muito

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - Não

Fonoaudiólogo - Discutem

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - Observa

Fonoaudiólogo - E por que tu tinha vontade de estar morando lá em Palhoça então

V - Éé, (sorriso) é, alhoça, ó, é, ã (faz gestos que lembra dormir)

Fonoaudiólogo - Dormir?

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - (Fica em silêncio, pensativo) fala em intensidade baixa “alhoça”, éé, éé (com gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - Para lá

V - É, é

Fonoaudiólogo - Pró lá

V - Ó, (som fricativo [Ch] prolongado com gesto indicativo para a rua) pra lá

Fonoaudiólogo - Pra lá, pra praia

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não, praia da Pinheira

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - Aaa, é, (palavra ininteligível) side (gesto circular amplo com o braço esquerdo)

Fonoaudiólogo - Ali naquela região em Palhoça

V - Éé

Fonoaudiólogo - Tá

V - É, o, éé (com expressão de desconforto)

Fonoaudiólogo - Então V, mas não é bom ficar com a tua mãe

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não é muito bom

V - Não, ééé, éé, (palavra ininteligível), não, éé, ó (com vários gestos com a mão esquerda)

Fonoaudiólogo - Certo

V - Ó, ó (som fricativo Ch prolongado com gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - Queria a tua independência

V - É, é (com gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Tua independência

V - É

Fonoaudiólogo - Tá, entendi

V - Observa

Fonoaudiólogo - E tu já falou isso pra ela

V - (Fica em silêncio, pensativo) não, ééé

Fonoaudiólogo - Não

V - Não

Fonoaudiólogo - Como é a relação tua com os teus irmãos

V - Observa

Fonoaudiólogo - Com teu irmão, com o VN, com o S, como é que é?

V - Éé, é, éé

Fonoaudiólogo - É boa?

V - Não, não, é (com gesto indicando para fora, sair)

Fonoaudiólogo - É mais afastado

V - Não, é, ó, (repete o gesto anterior)

Fonoaudiólogo - Não gosta muito

V - É, não, não

Fonoaudiólogo - Não é isso

V - É (repete o gesto anterior)

Fonoaudiólogo - Eles ficam mais, na deles

V - É, é (com gesto indicativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - E tu mais na tua

V - É, é, ó, ãã ã (com gesto indicativo para um lado e para outro)

Fonoaudiólogo - Certo, eles mais pra lá

V - É, é

Fonoaudiólogo - Tu mais para cá, é isso

V - É, (faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - É pouco contato

V - (Silêncio, pensativo). Não

Fonoaudiólogo - Não, é cada um tem a sua vida

V - É, ã, é (faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Certo, cada um tem a sua vida, é isso?

V - (Faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - E a tua relação com os teus filhos, com a Marcela e com o Vinícius, com é que tá?

V - (Expressão corporal e facial indicando dúvida)

Fonoaudiólogo - Não sabe?

V - (Expressão corporal e facial indicando dúvida)

Fonoaudiólogo - Tu não tá mais falando com a Marcela e com o Vinícius

V - (Silêncio). Ééé, iniciou

Fonoaudiólogo - Vinícius (em intensidade baixa)

V - Éé, cela, a (expressão corporal e facial indicando dúvida)

Fonoaudiólogo - Tem falado pouco com eles?

V - Pouco

Fonoaudiólogo - Pouco

V - Observa

Fonoaudiólogo - E porque V

V - Éé

Fonoaudiólogo - Porque?

V - (Silêncio). Ééé. (Fica apático)

Fonoaudiólogo - Eles estão morando com a mãe deles?

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - É

Fonoaudiólogo - E aonde é que é, aonde é a casa deles?

V - Ooo (sorri)

Fonoaudiólogo - Longe?

V - Longe

Fonoaudiólogo - A é?

V - É

Fonoaudiólogo - É onde, é onde?

V - É, ó (som fricativo [Ch] prolongado com gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - É em outra cidade?

V - Não, não (faz gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - Lá em Palhoça também

V - Não, ééé

Fonoaudiólogo - Observa

V - Alhoça, ó (som fricativo [Ch] prolongado com gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - Depois

V - Depois (com voz em intensidade baixa)

Fonoaudiólogo - Santa Amaro

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Aonde então? (com voz em intensidade baixa)

V - É, alhoça, é, pa, Palhoça

Fonoaudiólogo - Palhoça

V - É

Fonoaudiólogo - Palhoça, mas bem, bem pra dentro de Palhoça

V - Éé

Fonoaudiólogo - Na Praia de Fora

V - Não (com voz em intensidade bem baixa)

Fonoaudiólogo - Não

V - Faz gesto de negação com a cabeça

Fonoaudiólogo - Lá no loteamento Pagani

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - (Expressão facial e corporal indicando proximidade)

Fonoaudiólogo - Depois

V - É, é

Fonoaudiólogo - Depois

V - É

Fonoaudiólogo - Ah tá!

V - Observa

Fonoaudiólogo - Qual foi o último dia que tu falou com a Marcela e com o Vinícius

V - Ois

Fonoaudiólogo - É, o último dia, quando que foi

V - Observa

Fonoaudiólogo - Que tu falou com a Marcela e com o Vinícius

V - É, é, é, ééé, ois é, ois é,

Fonoaudiólogo - Faz muito tempo

V - Não, não é, é (com gesto afirmativo)

Fonoaudiólogo - Semana passada

V - É, é, é

Fonoaudiólogo - Foi Sábado?

V - É

Fonoaudiólogo - Ou domingo?

V - (Silêncio). Foi, é, omingo

Fonoaudiólogo - Domingo

V - É

Fonoaudiólogo - Domingo

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - E como é que eles estão, estão bem

V - É, ó, (gesto de indecisão com a mão esquerda)

Fonoaudiólogo - Mais ou menos

V - Ééé (gesto de indecisão com a mão esquerda), é, orra

Fonoaudiólogo - Tu não sabe muito bem como é que eles estão, é isso

V - Não (gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - É isso

V - Silêncio

Fonoaudiólogo - E esse final de semana que passou tu não falou com eles?

V - Demonstra dúvida

Fonoaudiólogo - Nesse Sábado, ontem, Domingo, ontem não

V - Observa

Fonoaudiólogo - Falou com eles ontem?

V - Não

Fonoaudiólogo - Não, foi no outro, né?

V - (Faz gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - V, e como é que tá sendo esse nosso trabalho, essas atividades que a gente está fazendo [...]

V - (Fica em silêncio, pensativo)

Fonoaudiólogo - Tá te ajudando?

V - (Fica em silêncio, pensativo, aponta para a perna)

Fonoaudiólogo - A perna

V - A, é, perna, ó (mostra o braço)

Fonoaudiólogo - O braço

V - Braço (mostra o rosto)

Fonoaudiólogo - O rosto

V - Rosto

Fonoaudiólogo - Tá, mas como é que foi pra ti, por exemplo, ter ido lá na hípica, ter ido visitar a tua amiga [...], ter ido na Lagoa visitar a plantação de Bonsai, como é que foi pra ti isso?

V - Éé, bom

Fonoaudiólogo - Foi bom né

V - Bom

Fonoaudiólogo - Tu te sentiu bem

V - É (gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Tu percebeu como tu conversou com as pessoas

V - É, é

Fonoaudiólogo - Como as pessoas conseguiram te entender

V - É

Fonoaudiólogo - Né, acho que isso é o mais importante, né V

V - É

Fonoaudiólogo - A gente foi lá no Centro espírita também, que é uma coisa que fazia tempo que tu não ia

V - É

Fonoaudiólogo - E que é uma coisa importante pra ti

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Então V, como a gente pode continuar essas atividades, como que tu pode conseguir tá tendo essa rotina, ir na casa dos outros, ir no centro espírita, né, como que tu pode conseguir fazer isso, na tua opinião

V - Carro

Fonoaudiólogo - Carro, precisa um carro

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Precisa um carro

V - Carro, é

Fonoaudiólogo - É fundamental ter um carro e alguém que possa tá te levando, né?

V - Expressão facial discordando

Fonoaudiólogo - Só o carro

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Tem que ter um carro

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - E a questão lá do curso de bonsai, vai fazer ou não

V - Ééé, olha, é, éé

Fonoaudiólogo - Poderia fazer aos sábados

V - Observa

Fonoaudiólogo - Eu poderia te acompanhar

V - Observa

Fonoaudiólogo - São três sábados só

V - Observa

Fonoaudiólogo - O que tu acha, não é uma boa idéia

V - Éé, (faz gesto indicando dinheiro)

Fonoaudiólogo - O valor

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - O valor o Márcio falou que é R\$150,00 o curso

V - Observa

Fonoaudiólogo - Três dias, mas tu pode parcelar

V - É

Fonoaudiólogo - Tu pode parcelar em três vezes, quatro vezes ele falou

V - É, ó, (palavra ininteligível)

Fonoaudiólogo - V mas R\$150,00 todo o Curso tá, o curso todo

V - Observa

Fonoaudiólogo - Não é por dia, é R\$150,00 todo o Curso, pode fazer três vezes de R\$50,00

V - Caro

Fonoaudiólogo - Tu acha caro?

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - É, mas tu não acha importante para tu tá tendo uma atividade até de trabalho

V - Remédio

Fonoaudiólogo - O remédio, por causa do remédio

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Por causa do remédio

V - Observa

Fonoaudiólogo - Porque assim ó, se tu fizesse o Curso, depois tu poderia tá fazendo o bonsai pra vender até, poderia se tornar um trabalho teu [...]

V - Observa

Fonoaudiólogo - Mas tu vai pensando [...]

V - É

Fonoaudiólogo - Pensa que tu pode tá trabalhando com o bonsai

V - É

Fonoaudiólogo - Pode passar a ser um trabalho teu, pode passar a ser uma distração, um lazer e um trabalho, tá

V - Observa

Fonoaudiólogo - Estás percebendo como eu vou fazendo as perguntas e tu me consegue responder falando

V - Sorri

Fonoaudiólogo - Estás percebendo

V - Éé, (gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Eu perguntei do bonsai, eu to perguntando as coisas e tu tá falando, estás respondendo

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - É

V - Porra (com voz em intensidade bem baixa), é, é, é, (varias vocalizações e gesto indicativo para a rua)

Fonoaudiólogo - Sair

V - O

Fonoaudiólogo - É

V - Éé, é, [...]

Fonoaudiólogo - Lá na [...]

V - Éé

Fonoaudiólogo - Quando eu fui contigo

V - Éé, o, ó (gesto com o polegar esquerdo indicando positivo), porra

Fonoaudiólogo - Foi bom né?

V - Bom

Fonoaudiólogo - A gente conversou, tu viu como eles conseguiram te entender, tu conseguiu falar

V - É

Fonoaudiólogo - Né

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - É isso aí

V - (Gesto afirmativo com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Por isso que eu acho que tem que continuar, tá

V - Observa

Fonoaudiólogo - Agora eu vou fazer o seguinte, eu vou conversar um pouquinho com a tua mãe, eu quero conversar as mesmas coisas com ela, tá V, eu quero conversar sobre como eles podem estar te ajudando mais em casa, te ajudando para esta saída, pra tu poder tá indo para o centro espirita, pra poder tá indo visitar amigos, para ter essa independência, tá, eu vou conversar um pouquinho com ela sobre isso

V - É, é, se, a mãe, é, ã,

Fonoaudiólogo - A tua mãe

V - A mãe, éé

Fonoaudiólogo - É a mais difícil?

V - Éé

Fonoaudiólogo - Quer deixar ela a parte

V - Não, não, não

Fonoaudiólogo - Então sobre o que?

V - Éé

Fonoaudiólogo - Sobre a conversa que eu vou ter com ela

V - Não, não, ééé, é, se, ó, [...] (articulação imprecisa)

Fonoaudiólogo - [...]

V - [...], assim ó, ã, ã, ã, ã (com voz em intensidade mais alta), prá lá

Fonoaudiólogo - Para tu ir mais pra lá

V - Não, fala, é, eu

Fonoaudiólogo - Tu quer ir pra lá

V - É

Fonoaudiólogo - Para lá pra Palhoça

V - É

Fonoaudiólogo - Lá perto da [...] né?

V - Observa

Fonoaudiólogo - Aquele local lá que tu gosta, que é bonito, que tá em contato com a natureza

V - É, ééé, a perna, ó, orro (mão esquerda movimentando-se para cima)

Fonoaudiólogo - Morro

V - Morro (com voz em intensidade baixa)

Fonoaudiólogo - Pois é, lá tem bastante morro

V - Uuuuu

Fonoaudiólogo - Então?

V - O

Fonoaudiólogo - Aí vai ter que caminhar no morro

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Não. (Sorri)

V - Ó (negando)

Fonoaudiólogo - Então tu acha que é bom não ir

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Ah tá, então não quer ir pra lá por causa do morro

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Mas se tu for tu não vai de carro

V - A éé, carrooo, éé (com gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - De carro dá

V - É

Fonoaudiólogo - De carro dá

V - (Gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Beleza, de carro é possível né

V - (Gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Falou com a [...], por telefone ou alguma coisa assim

V - (Gesto de negação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Não, não falou mais com ela

V - (Gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - No centro espirita não foi, mais

V - Não (gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - também não

V - Não

Fonoaudiólogo - Tá, e em casa V, está fazendo algumas atividades em casa

V - Observa

Fonoaudiólogo - Ou estás mais parado

V - Ééé, é, é, mãe

Fonoaudiólogo - Com a tua mãe

V - Mãe, é, pa éé, é

Fonoaudiólogo - Os exercícios

V - Eéé

Fonoaudiólogo - A tua mãe está te estimulando [...]

V - Não, é, ééé (gesto com a mão esquerda indicando que é relativo)

Fonoaudiólogo - Mais ou menos

V - É

Fonoaudiólogo - Ajudar ali quando ela tá fazendo comida, no quintal

V - Po, é, é, é (palavra inteligível) (expressão facial de incomodo)

Fonoaudiólogo - E isso te incomoda

V - Não, não

Fonoaudiólogo - Cansa?

V - (Silêncio). Cansa (com voz em intensidade baixa)

Fonoaudiólogo - Cansa

V - (Gesto de afirmação com a cabeça)

Fonoaudiólogo - Fazer essas atividades em casa cansa

V - Cansa (com voz em intensidade baixa)

Fonoaudiólogo - Então tá jóia V, eu vou conversar um pouquinho com a tua mãe, também, tá bom

b) conversa com a Mãe de V

Quando a mãe de V dirigia-se para o consultório, ele fez um gesto (com o dedo indicador da mão esquerda em direção aos lábios), indicando que era para sua mãe não falar ou ficar quieta. Ao entrar no consultório, a mãe de V disse que gostaria de falar uma coisa (antes que o fonoaudiólogo começasse a gravar a conversa entre eles). Assim, relatou que V não está bem por causa da sua companheira, culpa ela por não visitá-lo e levanta suspeitas em relação a causa do acidente vascular. Comenta que a companheira de V tinha muito ciúme e oferecia medicamento sonífero para ele, com objetivo de impedi-lo a sair de casa para se divertir. Diz que estranhou o fato de que no dia do acidente vascular, no hospital, a companheira estava apavorada e falava que era culpada por tudo. Destaca que conversou com o médico, individualmente, e ele não soube informar o que causou o acidente vascular. Porém, a família decidiu não investigar o fato e buscam manter uma boa relação com ela por causa de V. A mãe de V afirma que nunca confiou na companheira do filho e fala que o próprio filho diz que ela está com três empregos para não ter mais tempo de vê-lo. Durante esses comentários, a mãe de V solicitou sigilo e mostrou-se ansiosa e com medo.

Em resumo, a mãe de V indica uma relação de desconfiança e de pouca simpatia pela companheira do seu filho.

Portanto, a *causa da afasia* de V foi um tema que fluiu espontaneamente durante a conversa com a mãe, confirmando que esse é um aspecto relevante para reabilitação de V, ou seja, indicando que: 1) a história etiológica em relação a afasia de V gera ansiedade, dúvidas e confrontos que interferem na qualidade das interações e no estabelecimento de uma cotidianidade adequada 2) que o espaço individual não domiciliar facilitou uma exposição que não poderia ser compartilhada em nível domiciliar ou com a família.

A mãe de V afirma que a relação dela com o filho é boa, embora ele não goste que ela comente coisas relacionadas com a sua história.

Em relação ao trabalho realizado, destaca que as atividades extra-domiciliares estão sendo significativas e comenta que, conforme sugestão, ontem a sua nora realizou uma leitura conjunta com o V, conforme orientação feita pelo fonoaudiólogo.

A mãe de V mostra ter dificuldade para compreender que: a) promover atividades diversificadas em casa não significa somente fazer exercícios físicos;

e, b) promover atividades extra-domiciliares pressupõe a possibilidade do V poder escolher *onde* e *com quem* ir.

Fonoaudiólogo - Como é que a senhora tá vendo esse trabalho que a gente tá fazendo né, a gente tá fazendo algumas atividades lá na sua casa, a gente tá fazendo alguma atividades na rua, e hoje a gente veio no consultório, até para ter a liberdade para eu conversar só com a senhora, só com ele

Mãe - Ah, eu to vendo uma coisa muito boa, tá adiantando bastante mesmo

Fonoaudiólogo - É

Mãe - Tá

Fonoaudiólogo - No que a senhora percebe assim de concreto que tá ajudando

Mãe - Tá, tá ajudando quando tu sai com ele

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Quando sai ele fica já contente, porque libertado ele de dentro de casa ele já fica contente

Fonoaudiólogo - Certo

Mãe - Ele fica feliz, fica contente. Eu dou muito conselho para ele, tudo que vocês andam fazendo tá sendo bom pra ele

Fonoaudiólogo - E ele sai e a senhora percebe que essa saída dele para as visitas e para os locais que a gente tá indo, tá fazendo bem

Mãe - Tá fazendo bem

Fonoaudiólogo - E quando ele volta, ele comenta com vocês

Mãe - Ele ó, ó, que valeu (fazendo gesto com o dedo indicando positivo)

Fonoaudiólogo - Que valeu

Mãe - Isso

Fonoaudiólogo - Como que a senhora acha que a gente pode tá continuando a estimular o V para essas atividades da rua, que motivam ele, né, o que precisa hoje, para ele tá indo mais na casa das outras pessoas, pra ele poder tá voltando para o centro espirita [...].

Mãe - Não, mas nós agora já, eu combinei com a minha nora, a esposa de VN

Fonoaudiólogo - Tá

Mãe - Que agora nós vamos levar ele no espiritismo, vamos levar ele no espiritismo, assim no final de semana vamos sair com ele, né

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Eu já disse pra ele meu filho, tu tem que cuidar de ti, porque tu tando melhor, não falta mulher pra ti

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Não falta mulher pra ti

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Tu tem que ficar melhor, aquele homem que sorria, que entrava aqui na porta, que a mãe gostava de ver quando chegava na casa

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Tu tem que fazer isso, eu converso com ele

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Porque ele pegou cisma da perna, pegou cisma do braço

Fonoaudiólogo - Isso

Mãe - Eu acho que ele não tem tanta dor na perna, será?

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Ele enfraqueceu a perna né

Fonoaudiólogo - É tá um pouco mais fraca

Mãe - Daí

Fonoaudiólogo - Mas ele ficou um tempo afastado da fisioterapia também, né

Mãe - Ficou, ficou, ficou

Fonoaudiólogo - Acho que agora é que vai começar a voltar a Ter um resultado melhor

Mãe - Observa

Fonoaudiólogo - Mas dona [...], é importante, a senhora conversou com a sua nora, né

Mãe - Conversei, conversei

Fonoaudiólogo - Mas é importante o seguinte, lembra aquelas orientações que eu deixei

Mãe - A

Fonoaudiólogo - Sempre tá mudando e sempre tá mudando as pessoas, tá mudando os locais onde vocês vão

Mãe - Isso, é

Fonoaudiólogo - E também é importante escutar aonde ele quer ir

Mãe - Isso

Fonoaudiólogo - Por exemplo, aquele dia que ele escolheu ir na casa da dona [...], que é uma amiga dele

Mãe - É

Fonoaudiólogo - A senhora precisa ver a motivação dele, o quanto ele conseguiu se comunicar lá, ele falou várias palavras, as pessoas depois de alguns minutos começaram a entendê-lo bem, né, mas porque ele tava muito motivado, ele escolheu o lugar que ele realmente tava querendo ir, e que ele não estava conseguindo falar

Mãe - (Voltando para o tema da companheira de V). A família dela, a família dela é grande, ela levava ele domingo pra lá, passava uns dias pra lá, ele vinha que era uma alegria, ele mesmo ia no guarda roupa já escolhia a roupa, já escolhia a roupa pra ele, só se ela arrumou outro e a gente não sabe né

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Observa

Fonoaudiólogo - Pois é, mas eu to falando assim, com vocês mesmos, quando vocês forem sair com ele, é importante que vocês escutem aonde ele gostaria de ir também, não só aonde vocês gostariam que ele fosse

Mãe - Isso, pois é, esse final de semana agora, o irmão passou lá para levar ele pra Garopaba ele disse que não, aí o irmão disse tá, então o dia que tu tiver vontade, tu me avisa que aí eu te levo, o irmão disse pra ele

Fonoaudiólogo - Isso, ou então perguntar assim, tem algum lugar que tu gostaria de ir [...]

Mãe - É

Fonoaudiólogo - Né, foi o caso da dona [...]

Mãe - Isso

Fonoaudiólogo - Ele queria, ele tava pensando nela, porque ela tava com um problema de saúde, certo ele queria saber como ela estava

Mãe - Ela tá doente?

Fonoaudiólogo - Ela tem, ela tem um problema de saúde

Mãe - Deu derrame né, ou foi nela ou no marido

Fonoaudiólogo - Não, não, ela tem, é que ela tem aquela, aquela doença vitiligo, aquela doença de pele

Mãe - Hummm

Fonoaudiólogo - Só que agravou um pouco [...]

Mãe - Ele tinha muito contato com as pessoas

Fonoaudiólogo - Então, por isso que é importante quando for sair com ele, quando for fazer alguma atividade na rua, que isso seja diversificado tá, que as pessoas mudem, que os locais mudem, e também é importante escutar aonde ele gostaria de estar indo, não só ser o local que a gente gostaria de estar indo [...] foi dessa forma que eu fui fazendo com ele não é

Mãe - Concorda

Fonoaudiólogo - Ele foi num local que eu sabia que ele gostava, depois foi num local que eu escolhi, depois em um local que ele escolheu, que teve que me conduzir

Mãe - Isso é

Fonoaudiólogo - E isso o que a gente percebeu, ele foi se motivando

Mãe - Isso

Fonoaudiólogo - Ele foi percebendo que o meu trabalho, tava acontecendo dessa forma né

Mãe - Hoje eu falei pra ele assim, esquecesse da sua cama

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Ele fez assim (faz gesto com a mão indicando tempo) tempo

Fonoaudiólogo - Pediu um tempo

Mãe - Dá um tempo que ele foi lá no banheiro primeiro, escovando os dentes, depois ele voltou e fez

Fonoaudiólogo - Em casa ele tá participando bem

Mãe - Tá, tá participando [...]

Fonoaudiólogo - E além dos exercícios, assim ele tá ajudando na rotina de casa

Mãe - Tá, toma café, lava a xícara [...]

Fonoaudiólogo - Correto

Mãe - Ele era muito limpo

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - E aí, ele chegava lá em casa e dizia, mãe vamos sair, vamos fazer compras, eu dizia vamos, mãe vamos dar caminhada, nós ia dar caminhada meu Deus

Fonoaudiólogo - Muito bom

Mãe - Um filho muito bom, um filho muito bom, muito bom, tanto ele como os outros, aquele mais velho então [...]

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Só que os irmãos é uma tristeza né, porque ele tá assim

Fonoaudiólogo - Gradativamente tem que estar, justamente, fazendo essas atividades para ir conseguindo convence-lo a participar

Mãe - É, quando eles não vão lá, eles telefonam [...]

Fonoaudiólogo - Correto

ANEXO 14 - DÉCIMA PRIMEIRA SESSÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES

Sessão: décima primeira

Data: 24 de janeiro de 2004

Local: domiciliar

Início: 14:30h

Término: 15:45h

Duração: 1 hora e 15 minutos

Atividade(s): conversação livre sobre o final da pesquisa

Participantes: V, sua mãe e o fonoaudiólogo

Fluir da relação: enquanto a mãe do sujeito afásico relata que o trabalho realizado foi significativo, V indica que não percebeu mudanças em relação à sua condição, muito embora, destaque que as atividades extra-domiciliares foram importantes.

Dificuldades percebidas: a relação de V com sua mãe fluiu melhor do que nas sessões anteriores, ou seja, houve menos discordância e negação. Em um clima de humor, V expressou que sua mãe fala demais e mostrou preocupação porque algumas atividades são gravadas, referindo-se, sobretudo, para a sessão anterior (quando o fonoaudiólogo conversou individualmente com a sua mãe).

Descrição dos principais fatos:

Ao chegar na residência, às 14:30h, o fonoaudiólogo presenciou V tratando as plantas do quintal. Demonstrou-se disposto e a conversação fluiu para o bonsai que tinha ganho de presente na penúltima sessão, no dia 17 de janeiro de 2004. Relatou que no dia anterior foi sozinho ao cabeleireiro e que se negou a ir para a praia com os irmãos.

Depois de alguns minutos, dialogou-se sobre o fim da pesquisa. Em um clima de humor, V expressou que sua mãe fala demais e mostrou preocupação porque algumas dessas falas são gravadas, referindo-se, sobretudo, para a sessão anterior, da qual o fonoaudiólogo conversou individualmente com a sua mãe. Tal comentário, fez com que o fonoaudiólogo optasse em não gravar toda essa sessão.

Após o encerramento da pesquisa, ficou decidido, por consenso, que será dado continuidade ao trabalho por tempo ilimitado, uma ou duas vezes por semana, com o objetivo de auxiliar V na sistematização de atividades e rotinas que permitam estabelecer uma cotidianidade e relações mais significativas para a sua reabilitação. Nesse momento, compactuando com a fala do fonoaudiólogo, V relata que acredita ser capaz de ter uma vida normal (apesar das dificuldades físicas e de linguagem encontradas atualmente e da possibilidade dessas dificuldades serem irreversíveis).

V também conversou sobre o relacionamento com a sua companheira, comentando de forma bem humorada que vai ser dado um tempo para a relação. Diz que a sua companheira não está muito bem, anda muito ansiosa e tem problemas de relacionamento com os filhos.

Para finalizar, V expõe que duas grandes desvantagens encontradas para o restabelecimento de uma rotina extra-domiciliar adequada são: a sua condição física e o tráfego de veículos na área próxima da sua casa.

Fonoaudiólogo - [...] Primeiro a opinião da senhora dona [...]

Mãe - Sim

Fonoaudiólogo - Em relação ao que, que essa pesquisa, esse trabalho que eu realizei durante essas semanas, no que ajudou?

Mãe - Ajudou muito a melhorar pro V

Fonoaudiólogo - mais no que que contribuiu assim, no que a Sr percebeu que o V melhorou

Mãe - Eu percebi que ele ficou mais alegre, e essa saída que tu saias com ele, foi muito boa, foi muito boa, ee, e muitas coisas mesmo, né V

V - Sorri, balança a cabeça como quem está ironizando a fala da mãe

Mãe - Deu, um resultado muito bom

Fonoaudiólogo - V, o que, o que, ééé, essa pesquisa te ajudou, se é que ela te ajudou, né, se é que ela te ajudou, e no que ela te ajudou, o que que tu percebeu

V - Olha, faz uma expressão corporal sugerindo dúvida, não saber ou não Ter percebido

Mãe - Coisas boas, né?

Fonoaudiólogo - Não percebeu

V - Mantém a expressão anterior

Fonoaudiólogo - Na dúvida

V - Mantém a expressão anterior

Fonoaudiólogo - Tu acha que mudou alguma coisa ou não?

V - Gesto com a cabeça indicando que não

Fonoaudiólogo - Não, não acha que mudou, tá

V - Gesto com a cabeça indicando que não

Fonoaudiólogo - E pra senhora dona [...], mudou alguma coisa

Mãe - Mudou

Fonoaudiólogo - E o que que mudou?

Mãe - Eu mudei, mudou, porque ele não queria sair de casa, e a hora que tu chegava aqui ele já, prontamente já tava pronto pra sair contigo

Fonoaudiólogo - Tá

Mãe - E já saia alegre e chegava alegre

Fonoaudiólogo - Tá

V - Sorri, balança a cabeça como quem está ironizando a fala da mãe

Fonoaudiólogo - Dona [...] e a senhora mudou alguma coisa com essa pesquisa

Mãe - Ah mudei, fiquei muito feliz, ui, meu Deus, fiquei muito contente, achei queee, foi por demais mesmo de bom

Fonoaudiólogo - V, tu mudou em alguma coisa com essa pesquisa

V - Fica pensativo olhando para o **Fonoaudiólogo**

Fonoaudiólogo - Tu enquanto pessoa, mudou alguma coisa

Mãe - Eu tive muito, o Roberto, eu tive muita segurança

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

Mãe - Eu fiquei com muita segurança com essa pesquisa

Fonoaudiólogo - É

Mãe - Que ai mesmo que eu, que eu pensei, não agora mesmo o meu filho vai ficar melhor

Fonoaudiólogo - Tá

V - Observa

Fonoaudiólogo - Dessas atividades que a gente realizou dona [...], a gente realizou algumas atividades em casa e algumas atividades na rua, né

Mãe - Concorda

Fonoaudiólogo - Quais dessas atividades a senhora pretende tá estimulando o V a manter

Mãe - Em casa ou fora

Fonoaudiólogo - Tanto em casa quanto na rua, começamos em casa

Mãe - Não, aqui em casa, como você viu né, hoje você chegou já, ele tava cortando, né, como aquele papel que ficou, ele já lava a louça quando, já arruma o quarto

Fonoaudiólogo - Tá

Mãe - Já vai ajeitando as coisas, já vai dando comida lá para os passarinhos

V - Sorri, balança a cabeça como quem está ironizando a fala da mãe

Fonoaudiólogo - Certo, e na rua

Mãe - E na rua, na rua quando ele saia, ele saia alegre e voltava alegre

Fonoaudiólogo - Tá, mas o que a senhora acha que pode tá, mantendo, né, o que ele pode está mantendo, em termos dessas atividades

Mãe - (Fica em dúvida) o que que ele tá mantendo

Fonoaudiólogo - É, o que que ele pode manter

V - A perna, a perna

Fonoaudiólogo - A perna atrapalha

V - Gesto afirmativo com a cabeça

Fonoaudiólogo - A perna te atrapalha

V - Gesto afirmativo com a cabeça

Fonoaudiólogo - Nessas atividades da rua

V - É, é

Fonoaudiólogo - É a principal dificuldade que tu encontra

V - (Gesto afirmativo com a cabeça). Oh

Fonoaudiólogo - É ?

V - (Gesto afirmativo com a cabeça mostrando com a mão esquerda todo o hemisfério direito)

Mãe - Poisé, ele primeiro fazia massagem, primeiro fazia muita massagem, melhorou bastante

V - Balança a cabeça como quem está ironizando a fala da mãe

Mãe - Porque a massagem é boa, né Roberto?

Fonoaudiólogo - Sim, não ele precisa tá mantendo todo o trabalho né, de fonoaudiologia com a Rosana

Mãe - Não, tudo

Fonoaudiólogo - De fisioterapia

V - Pe, perna ééé

Mãe - Tudo, tudo que pedisse pra fazer naquele, foi tudo feito, e ele faz (referindo-se a lista de sugestões de atividades)

V - Éé, perna, ééé

Fonoaudiólogo - Aqui na hidroterapia

V - É

Fonoaudiólogo - É

V - Óó (gesto indicativo para rua)

Fonoaudiólogo - Pra lá

V - É

Mãe - A Rosana

Fonoaudiólogo - A Rosana no Kobrasol

V - Sol (vários gestos com a mão esquerda), ééé

Fonoaudiólogo - Tem que ir devagar né Roberto, devagar

V - Tenta falar algo mas é impedido pela anomia

Fonoaudiólogo - Observa

Mãe - Devagar ele chega lá né

Fonoaudiólogo - Gesto indicativo com a cabeça

Mãe - Não Roberto, o que eu tenho a falar pra ti, credo, foi muito bom, foi muito bom essa pesquisa, tanto dentro de casa como fora

Fonoaudiólogo - O V das atividades que a gente fez, tá, na rua, ééé, o que tu pretende tá mantendo, o que tu quer continuar a tá fazendo, dessas atividades

V - Eu

Fonoaudiólogo - É, nós fizemos algumas atividades na rua, né

V - Na rua

Fonoaudiólogo - Fomos lá na hípica, no centro espírita, na tua amiga, dessas atividades, quais delas tu que continuar mantendo [...]

V - Fica pensativo

Mãe - Visitar algum lugar né, ele pensa quem sabe

V - É, é

Fonoaudiólogo - Observa

V - Apenas olha para o fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo - Qualquer uma

V - Não

Fonoaudiólogo - Não

V - Pensativo

Fonoaudiólogo - Depende

V - É, éé, éé (apontando para o bonsai)

Mãe - Tá bonitinha visse Roberto

Fonoaudiólogo - A do bonsai

V - Bonsai, ó, (gesto indicando positivo)

Fonoaudiólogo - Do bonsai

V - Sai, é, (varias vocalizações associadas a gestos com se estivesse poldando o bonsai)

Fonoaudiólogo - O bonsai foi bom, ter ido lá

V - Bom, bom (gesto indicando positivo)

Fonoaudiólogo - Bom

V - É

Fonoaudiólogo - Vai fazer o Curso?

V - Não, ééé (expressão de dúvida). Eu (e aponta para o fonoaudiólogo)

Fonoaudiólogo - Pois é, eu te acompanho no curso, eu vou lá fazer contigo

Mãe - É uma boa V

Fonoaudiólogo - Sábado, podemos fazer Sábado

V - Fica pensativo

Fonoaudiólogo - Se tu quiser nós vamos fazer [...]

Mãe - O Roberto, mas assim que começar já tem que pagar

Fonoaudiólogo - Não, não ele ficou, ele ficou a disposição de V pra negociar com o V isso aí

Mãe - A é

Fonoaudiólogo - Tá, ele se colocou a disposição [...]

Mãe - [...] É V é uma boa

Fonoaudiólogo - Vamos começar a fazer bonsai, é tá bonito mesmo em (olhando para o bonsai de V)

Mãe - Tá bonitinho tá, ele cuida

V - Éé

Fonoaudiólogo - Eu vou trazer o, aquele lá de casa pra, pra tu cuidar [...]

V - Sorri

Fonoaudiólogo - Mas aquele tá feio V

V - É (questionado)

Fonoaudiólogo - Tá, tá muito feio aquele

V - Sorri em intensidade alta

Fonoaudiólogo - Aquele não tá nada bom

V - Bom é

Fonoaudiólogo - Então, essa atividade do bonsai ,foi boa

V - É, oo (faz gestos com a mão indicando tempo)

Fonoaudiólogo - É

V - Ééé

Mãe - Ele gostou muito

V - Tudo, éé

Fonoaudiólogo - As outras também

Mãe - Éé (gesto amplo e circular com a mão esquerda)

Fonoaudiólogo - Todas

V - Todo, o

Fonoaudiólogo - Tu quer continuar então tendo essas atividades

V - É é perna

Fonoaudiólogo - A perna

V - É

Fonoaudiólogo - A perna atrapalha um pouco

V - É

Fonoaudiólogo - Tá, a perna, a perna é o mais difícil pra ti nesse momento

V - O (com gesto de indicação e expressão facial de incomodo)

Fonoaudiólogo - Tá, muito bom

ANEXO 15 - ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANEXO 16 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

ANEXO 17 - RELATÓRIO FONOAUDIOLÓGICO

Este trabalho foi digitado conforme o
Modelo de Dissertação do Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem
da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL
desenvolvido pelo Prof. Dr. Fábio José Rauen.