

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A AFASIA INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO

Suzana Carielo da Fonseca (PUCSP)

Melissa Catrini (LAEL- PUCSP/ CNPq)

### Introdução:

Entre pesquisadores e clínicos, predomina a tendência de sustentar que a afasia envolve uma dupla condição sintomática. Isso porque a sua instauração está relacionada com uma afecção orgânica – lesão cerebral – da qual decorre perturbação da linguagem (oral e/ou escrita). Assim, no campo da afasiologia, assume-se consensualmente que esse quadro patológico deve ser referido como “perda ou perturbação da linguagem causada por lesão cerebral” (BENSON & ARDILA, 1996). Note-se que é no âmbito de uma hipótese assentada na relação de causalidade entre cérebro e linguagem que tal definição foi forjada.

Fonseca (1995, 2002), na trilha da reflexão instaurada por Jackson, Freud e Jakobson, problematizou tal postulação, ou seja, a assunção do determinismo orgânico na discussão sobre a afasia. Seu trabalho trouxe à luz o fato de que a adoção do raciocínio causal implicava um não reconhecimento: o de que cérebro e linguagem são duas ordens distintas de funcionamento, ou seja, de que a linguagem não é mero reflexo cerebral. Para abordar o sintoma lingüístico manifesto na afasia, seria necessário, então, levar em conta o modo de operação da língua (tal como postulada por SAUSSURE, 1916) na fala. Mas, não só: assumir também, como já havia sido indicado pela proposta interacionista brasileira (LEMONS, 1992; 2002; 2006; LIER-DeVITTO, 1998; 2002; 2003; 2006, entre outros), que na fala há falante: um sujeito sob efeito do que diz.

Nessa perspectiva foi que se desdobrou a proposição de Fonseca de que na afasia está em causa uma tripla, e não uma dupla, condição patológica: afinal, se a lesão cerebral produz perturbação na linguagem, há um sujeito que sofre por efeito dessa perturbação. Ele sofre porque não mais se reconhece como o falante de antes – ele não se sustenta no dizer e/ou frente ao dizer que lhe é dirigido – e, também, porque não é mais reconhecido como tal pelo outro (FONSECA, 1995, 2002; LANDI, 2000; MARCOLINO, 2004, CATRINI, 2005; TESSER, 2007; TUMIATE, 2007; GUADAGNOLI, 2007). Como se vê, um “conflito subjetivo” se impõe como um terceiro elemento na configuração da condição afásica e expõe uma dimensão de “mal-estar/estar mal” na linguagem (LIER-DeVITTO & ARANTES, 2004, texto inédito).

É preciso que se diga que tal proposição foi configurada no âmbito do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” (LAEL/PUCSP; CNPq, coordenado por LIER-DeVITTO & ARANTES) a partir de questões instauradas no exercício de uma clínica na qual estava em causa o atendimento de afásicos adultos. Não sem razão, até esse momento, assumia-se nesse Grupo o que, na literatura pertinente ao tema, aparece como um pré-requisito para o reconhecimento da condição afásica: “que o sujeito seja um falante constituído” (DA COSTA & ROCHA, 2003, p.03). Posição sustentada teoricamente, inclusive, na recusa à clássica distinção entre “afasia adquirida” e “afasia de desenvolvimento”<sup>1</sup>. Para entender tal recusa, vejamos quais os parâmetros que estão em causa nessa distinção.

Segundo Oliveira, Moura-Ribeiro & Ciasca (2004, p. 912), o uso da expressão “afasia adquirida” está relacionada à constatação de que, em função da lesão cerebral, “a criança fica prejudicada em relação a si mesma, pois apresenta mais dificuldades em sua linguagem que anteriormente”. Já “afasia de desenvolvimento” é expressão que, ao contrário, refere o reconhecimento de que a “competência lingüística [...] nunca foi melhor [e que], portanto a criança apresenta um distúrbio em relação às outras crianças de sua idade, mas não em relação a si mesma” (idem).

---

<sup>1</sup> Estabelecida nos estudos que voltam o foco para a afasia infantil.

Nossa recusa em sustentar tal distinção sempre se pautou na lógica de que o uso do termo “afasia” só poderia ser sustentado quando está em causa um “antes” e um “depois” na linguagem, condição negada na definição da “afasia de desenvolvimento”. Vale lembrar que é exatamente essa relação entre passado e presente que sustenta, como vimos, a hipótese de “conflito subjetivo” como um terceiro elemento na configuração da condição afásica. O atendimento fonoaudiológico de uma criança, João<sup>2</sup>, vítima de traumatismo crânio-encefálico (TCE), aos 2 anos e 10 meses, nos fez voltar a atenção, entretanto, para a especificidade da manifestação da afasia em crianças e nos colocou diante de alguns limites explicativos no interior da própria hipótese que temos sustentado. Esses limites podem ser estenografados na suspensão da familiaridade que o uso articulado dos termos “afasia” e “infantil” coloca em cena.

Afinal, infantil nos remete, como esclarece Houaiss (2009), a infans, ou seja, àquele “que não fala”. Lier-DeVitto & Arantes são, do nosso ponto de vista, mais precisas: infante é aquele “que não pode ser reconhecido ainda e propriamente como falante” (1998, p. 65). De fato, tal reconhecimento é uma das bases sobre as quais se alicerça a transição da criança do estado de infans para o de falante. Nesse processo, assinala de Lemos, “(...) a criança é capturada por le langage, atravessada e significada como é pela parole do outro” (2006, p. 27). Como se vê, falar em “posição” na linguagem implica necessariamente uma remissão ao outro/Outro.

Levando em conta tais considerações, há mesmo que se problematizar a associação dos termos “afasia” e “infantil”. “Afasia” implica, como vimos, perda de posição na linguagem e “infantil” é termo que nos indica que tal posição ainda não foi propriamente constituída. Note-se que é a dimensão de perda que coloca “embarço” para a articulação entre “afasia” e “infantil”. Será no âmbito deste “embarço” que passamos à discussão do atendimento fonoaudiológico da criança, antes referida.

## 1. O atendimento clínico de João: o processo de avaliação de linguagem

João chegou à DERDIC aos 4 anos e 6 meses porque, segundo seus pais: “ele era normal... então caiu da laje de 3 metros de altura. Foi hospitalizado 25 dias na UTI e quando saiu regrediu tudo: não andava, ainda não fala, evoluiu a parte motora mas não a linguagem. Usa fralda porque não entende ... No contato com as crianças, ele não segue as regras e não brinca junto”<sup>3</sup>. Depois de alguns encaminhamentos internos – avaliações otorrinolaringológicas e audiométricas -, a criança foi encaminhada ao Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), do Serviço de Patologia da Linguagem da DERDIC/PUCSP.

Vale dizer que a presença – primeira – de uma criança no CAAf já implicou a problematização de uma das bases sobre as quais se sustentam o atendimento de afásicos adultos, qual seja: convocar o próprio paciente para a entrevista inicial. Procedimento em cuja base está a consideração de que “nesse momento terapêutico inaugural, o que está em jogo é, do lado do paciente, a enunciação de uma queixa [...] acerca de algo de que ele deseja livrar-se” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 422). Direção que encontra seu limite no atendimento clínico de crianças em que, via de regra, a presença dos pais é requerida para realização da entrevista inicial. Não se espera, portanto, que o paciente enuncie sua queixa e dirija uma demanda ao terapeuta. Especificidade relacionada ao reconhecimento de que se está diante de um infante. Se ele chega à clínica de linguagem é porque alguém – um outro - tem uma suspeita: de que o processo de aquisição esteja sob risco. Espera-se que os pais digam “porque estão ali” e “quem é essa criança” que apresenta um eventual problema na linguagem (ARANTES, 2001, p. 83).

No caso clínico que trazemos à discussão, há, ainda, algumas outras especificidades que precisam ser consideradas. A primeira diz respeito ao fato de que João, ao subverter o prognóstico médico de “morte

<sup>2</sup> Nome fictício.

<sup>3</sup> Trecho extraído do “relatório de primeiro atendimento”. Procedimento institucional a partir do qual se realiza uma triagem para encaminhamento para serviços específicos na instituição.

incontornável”, sobrevive numa condição completamente diferente da que ele sustentava antes do acidente. Assim, os pais, ainda adolescentes, foram confrontados com uma transformação configurada como interrupção de um processo, representado por eles como “normal”.

Do ponto de vista sensório-motor, uma reversão ocorre sem que intervenção especializada seja implementada: João volta a andar e a comer autonomamente. Por isso, às vésperas de completar cinco anos, embora ele ainda usasse fraldas, sua mãe comemorava a conquista assinalada. Vale dizer que desde a alta hospitalar, João recebera apenas o acompanhamento semestral do médico neurologista, que não fez encaminhamentos para outros profissionais.

Na entrevista inicial, realizada apenas com a mãe, na presença de João, ela coloca ênfase na dificuldade do filho para relacionar-se com os outros<sup>4</sup>: “ele não pára [...] a gente fala, mas a mente não entende [...] ele é um bebê de novo [...] será que ele sempre vai ficar atrasado cinco anos?”. Mobilizada, então, por esse “não entende”, a mãe acata a sugestão de uma conhecida e leva o filho numa instituição, esperando que alguém pudesse ajudá-lo a superar tal condição. Ali, João recebeu o diagnóstico de “autismo secundário ao traumatismo crânioencefálico”. Embora um tratamento multidisciplinar tivesse sido proposto, ele não foi sustentado pela mãe que, entretanto, não desistiu de procurar atendimento especializado.

Ao chegar à DERDIC, o “não entende” do filho foi ganhando maior explicitação: pela via da audiometria, afastou-se a possibilidade de problema auditivo. Ficou, então, configurada uma hipótese de que poderia estar em causa um problema de linguagem: ou seja, ele “não entende” talvez por que tenha uma afasia. Por isso, João chega ao CAaf. Aliás, muito se falou na primeira entrevista sobre o significado do termo “afasia”: uma possibilidade que teve efeito de “novidade” para a mãe e que reconfigurou sua posição de indagar sobre se “isso tem jeito?”.

Entendemos que essa importante questão que foi dirigida à terapeuta já a incluía no investimento que seria preciso fazer para respondê-la efetivamente e implementar ações clínicas na direção de tentar superar o problema. Nesse momento inicial, entretanto, a terapeuta arriscou-se a dizer-lhe que uma aposta na mudança seria uma das condições para que ela ocorresse. Disse isso, certamente, já sob efeito da presença de João. Em suas anotações lê-se: “muito agito, grita, joga as coisas e coloca na boca. Mas também olha, fala”.

Com o compromisso da realização do diagnóstico, há um novo encontro com a criança. O que se vê no segmento abaixo diz respeito ao início da sessão de atendimento.

### Fragmento 1

Terapeuta	Paciente
	(P. entra na sala, pega os brinquedos, arremessa-os no chão e grita)
Já chegô né?	
	(agitado, dentro da sala)
UI!!! Essa essa coisa aí não é boa	
	ee

<sup>4</sup> Um exemplo dessa dificuldade está no relato de que a mãe advertia outras crianças para que elas corressem caso João tentasse bater, morder ou puxar o cabelo delas.

(...)	
Vamu brincá, vamu brincá vamu brincávamu brincá (cantarolando)	
	(Joga um brinquedo no chão) (pega o telefone de brinquedo)
Alô? Quem tá falandu? É u João!!!	(coloca o telefone na boca e começa a morder)

A terapeuta relata que saiu desse encontro fatigada com a demanda de contenção de ações que lhe pareceram, se circunscreviam à manipulação pura dos brinquedos como objetos, muitos gritos e a sensação de que ela não existia para ele. Note-se que, nesse imediatismo, João se apresentou diferente do primeiro encontro. A diferença estava em que, nessa sessão, não se flagrou “fala” ou “olhar”. Vale dizer, entretanto, que depois que foi tomada distância desse acontecimento, na transcrição desta sessão, descobriu-se (ou redescobriu-se?) uma outra possibilidade, em meio à excitação motora e desordenada referida.

### Fragmento 2

Terapeuta	Paciente
vummmmm. Onde vai o seu <b>carro</b> ?	
Onde vai o seu <b>carro</b> ?	
	<b>Póca, pá pá pá</b>
Ih, foi longi	
	<b>pá</b>
Pá! Vamu fazê u <b>pá</b> ?	
	<b>PÁ! PÁ!</b>
Vamo fazê o pá na parede? Com a <b>bola</b> ? <b>Bola, pá!</b> (lança a bola na parede)	
	(vai buscar a <b>bola</b> )

Do outro lado, isso. <b>Pega</b> lá a bola.	
	( <b>pega</b> outro brinquedo)

Com a escuta marcada por essa oscilante presença, a terapeuta entrou nas sessões de atendimento apostando que sua fala podia penetrar as ações de João e se desdobrar, mesmo que de maneira fugaz, em seqüências articuladas significativamente. Passa a “narrar” algumas delas e seu efeito logo se manifesta. É o que se vê no fragmento abaixo (um mês e meio depois de iniciadas as sessões de atendimento fonoaudiológico):

### Fragmento 3

Terapeuta	Paciente
	1. P: (chuta um brinquedo)
<b>2.T: Ah, eu acho que ele qué brincá de gol</b>	
	<b>3.P: GOL!</b>
4. T: GOL! Do corinthians! ( )Salve o corinthians Vamo fazê gol, joga essa bola, essa bola. <b>Joga lá joga lá.</b>	
	<b>5. P: (chuta a bola)</b>
6.T: Isso. Vamu pega a bola, vamu pega a bola (vai em direção à bola) ai cadê? A bola sumiu. achei. É minha agora (cantarolando)	
	7. P: (arrasta o carrinho num vai e vem, mas rapidamente pára)
8.T: Joãooo, vô chutá a bola	
	9.P: ( )
10.T: Vô chutá a bola. Pode?	
	11. P: (coloca o carrinho na boca, morde as rodas que são bem pequenas)
12.T: Não, tira da boca. Não pode morder, faz, você vai engolir. Esse não vai mais brincá (pega o carrinho e guarda)	
	13.P: (pega um brinquedo e joga no chão)
14.T: eu vô jogá essa bola, eu vô jogá essa bola	

(sussurrando) Bola ...	
Jogô	
	15. P: U GÔ!!!
16.T: Gol:::: (palmas) do João! Vamu fazê mais um gol	
	17. P: GÔÔ!
18. T: de novo, joga forte, joga forte essa bola para fazê Gol	
	19. P: ( )
20.T: Joga forte ( )	
	21.P: ( )
22.T: Cê tá jogando forte? Não?	
23. T: (chuta a bola) Ah, eu joguei	
	24. P: (riso)

De (1) a (5), como se vê, João está sob efeito do que diz a terapeuta, cuja fala retorna na sua voz e penetra na sua ação. Nessa posição, o que está em causa é a demanda de interpretação da fala que lhe é dirigida. Assim, coloca-se suspeita sobre o “não entende”, expresso no dizer da mãe sobre o filho. Afinal, temos que levar em conta que de (6) a (13), ele parece novamente alheio à fala da terapeuta e à demanda que ela cria.

Interessante que a insistência da terapeuta em permanecer no mesmo texto – o que remete à brincadeira do futebol – leva João a se enganchar novamente nesse dizer. É pela via da articulação significativa entre “jogô” e “gol” (que está em causa uma sonoridade que pode se amalgama) que João se reapresenta, em (15), e permanece em relação com o que diz a terapeuta: é assim que entendemos o efeito de humor que suas palavras provocam e que o riso de João denuncia.

Cabe chamar a atenção para o fato de que nesse tempo em que o atendimento tem sido realizado, uma mudança no olhar da mãe para essa criança tem se consolidado: de início, ela afirmou que orientava outras crianças para que elas se afastassem de João porque ele poderia machucá-las: mordê-las, batê-las, puxar-lhes o cabelo ... Nesse momento, está empenhada em colocá-lo numa escola. Ela relata “descobertas” ligadas à sua condição de falante e assinala “agora, ele está falando mais e os outros conseguem entendê-lo”.

Para finalizar, sem propriamente concluir as questões levantadas neste trabalho, entendemos que, na condução deste caso clínico importa menos a relação entre o “antes” e o “depois” na condição de sujeito falante instaurada pela lesão cerebral, e mais o investimento na promessa que se anuncia nas oscilações antes referidas, para que essa criança possa ser reconhecida e vir a reconhecer-se como falante. Nesse ponto, o atendimento de uma criança afásica não difere de uma criança com retardo de linguagem.

## 2. Referências Bibliográficas

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*, 171f. (Tese de Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

BENSON, D.F. & ARDILA, A. *Aphasia. A Clinical Perspective*. Oxford, University Press: Oxford, 1996.

CATRINI, M. *A Marca do Caso: Singularidade e Clínica de Linguagem*. 100f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

DA COSTA, E. M. & ROCHA, P. do N. *Afasia Infantil*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

FONSECA, C. S. *Afasia: a Fala em Sofrimento*. 142f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. *O Afásico na Clínica de Linguagem*. 267f. (Tese de Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C. & VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. 1ª ed. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 413-441.

GUADANOLI, C. F. *Considerações sobre a fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. 99f. (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

<http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=inf%E2ncia&cod=108227> acessado em 30/10/09 às 22:20hs.

LANDI, R. *Sob Efeito da Afasia: A Interdisciplinaridade como Sintoma nas Teorizações*. 100f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

LEMOS, C.T.G. Los Procesos Metafóricos Y Metonímicos como Mecanismos de Cambio. *Substratum*, vol.1, nº1. 1992.

\_\_\_\_\_. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguístico*, nº 42, p. 41-70, 2002.

\_\_\_\_\_. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. 1ª ed. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p.21-32.

LIER-DEVITTO, M. F. *Monólogos da criança: delírios da língua*. Educ/FAPESP, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da ANPOLL*, v. 12, n. 1. São Paulo, 2002, p. 169-186.

\_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: NINA VIRGÍNIA DE ARAÚJO LEITE (Org.) *Corpolinguagem; gestos e afetos*. Campinas: Mercado de Letras edições e Livraria Ltda., 2003, p. 233-246.

\_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. 1ª ed. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p.183-200.

LIER-DeVITTO & ARANTES. Estar (mal) estar na fala. Trabalho apresentado no Fórum Clínico DERDIC-PUCSP (inédito), 2004.

LIER-DeVITTO & ARANTES. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. In: *Letras de Hoje*, v. 33, n. 2, p. 65-72, 1998.

MARCOLINO, J.F. A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento. 115f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, K. T.; MOURA-RIBEIRO, M. V. L.; CIASCA, S. M. Avaliação da linguagem em crianças com doença cerebrovascular bilateral: estudo de dois casos. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(3-B), 2004, p. 911-915.

TESSER, E. *Reflexões sobre o Diálogo – sob efeito da clínica de linguagem com afásicos* - 91f. (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

TUMIATE, C. *Considerações sobre o agramatismo: seus traçados e seus tropeços* -81f. (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

SAUSSURE, F. *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo: Editora Cultrix, 1916/1991.