

O papel do linguista nos defeitos de linguagem: elementos de abordagem interdisciplinar para uma reflexão sobre a Linguística Clínica

The role of the linguist in language impairment: elements of an interdisciplinary approach to a reflection on Clinical Linguistics

Ana Mineiro¹

¹ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Palavras-chave

Linguística Clínica; Neurolinguística; Linguagem; Perturbações de Linguagem; Avaliação; Reabilitação.

Resumo

Este artigo resulta de uma reflexão que tenho vindo a fazer no sentido de compreender qual o papel e em que medida pode o linguista ou o neurolinguista intervir nas equipas multidisciplinares quando existem perturbações da linguagem. Desde a descrição e análise do comportamento linguístico do indivíduo, até à avaliação e intervenção, esse papel pode ser precioso, se bem entendido e bem aplicado.

Keywords

Neurolinguistics; Language Impairment; Assessment; Rehabilitation.

Abstract

This paper results on an ongoing reflexion about the role which a linguist or a neurolinguist has to play in a multidisciplinary team when there is language impairment. Many assets from linguistics domain can be fundamental and precious for this team work like the description and analysis of the linguistic behavior but also the contributions for the assessment and the

rehabilitation of the individuals with language impairment.

Notas Prévias^a

Este artigo de opinião resulta de uma reflexão que tenho vindo a fazer no âmbito da linguística clínica enquanto disciplina, em torno de questões epistemológicas das ciências da linguagem e que se centram nas seguintes perguntas: O que é a linguagem? Qual é o papel do linguista que estuda

as línguas e a linguagem? E sobretudo qual é o papel do linguista quando se depara com os defeitos de linguagem? Serão estas, assim, as linhas mestras deste texto.

Linguagem na perspetiva neurolinguística

A linguagem representou, durante largos séculos, o fator distintivo por excelência da espécie humana, tendo sido, por isso, muitas vezes entendida como uma “emanação do espírito”¹. Quando os estudos

^a Para mais detalhe sobre esta Disciplina veja-se Ana Mineiro (2014) “O desafio da Linguística Clínica” – relatório do programa, métodos e conteúdos apresentado no concurso documental para Professor Associado (inédito).

evolucionistas de Charles Darwin sustentaram que o *homo sapiens* partilha com as outras espécies um substrato biológico comum e que entre essas estruturas biológicas semelhantes existem aquelas que permitem as funções de comunicação, a comunidade científica levou o seu tempo a assimilar a descoberta.

Na verdade, o ser humano apresenta características biológicas que se revelam funcionalmente operativas para a produção da linguagem e para a sua percepção e compreensão. Essas características ancoram-se no sistema nervoso dos humanos tanto a nível do sistema nervoso central (SNC) – responsável pelo processamento central da informação – como pelo sistema nervoso periférico (SNP), por sua vez responsável, não só, pela produção e execução (motora) da informação oferecida pelo sistema nervoso central como também pela transmissão para o SNC dos estímulos verbais recebidos na periferia².

Assim, e embora alguns estudos nos apresentem resultados interessantes porque sugerem que os primatas e os humanos partilham uma base de estrutura neural para a compreensão de vocalizações socialmente relevantes na sua espécie², a verdade é que o facto de as áreas associativas serem maiores nos seres humanos permite a estes um contacto mais estreito entre os vários tipos de informação (auditiva, visual) o que constitui uma vantagem para a relação entre linguagem verbal e representações da mesma, nomeadamente a escrita.

Os dados da evolução biológica confirmaram-nos que, se por um lado, partilhamos filogeneticamente com outras espécies a chamada “modularidade” cerebral, a transformação, ao longo de milhares de anos, modificou lentamente o nosso cérebro, do occipital para o frontal, providenciando-lhe, simultaneamente, estruturas corticais que permitem ao homem operações e aprendizagens claramente diferenciadas relativamente às outras espécies.

Como referem os neurocientistas da nossa geração, “a grande novidade na espécie humana é, na realidade, o que ela consegue fazer com a informação que recebe”³.

A ideia de um mosaico de áreas funcionais isoladas com pouca ou nenhuma relação entre elas, proposta feita na senda das teorias frenológicas^b e

^b Costuma-se atribuir a origem da Neuropsicologia a Franz Joseph Gall, preconizador da correspondência entre função e localização cerebral. Gall pensava que a cada parte do cérebro correspondia uma determinada função intelectual ou psíquica (linguagem, cálculo, combatividade, coragem,

baseada numa conceção modular a partir de lesões^c tem vindo a ser progressivamente substituída por uma conceção de cérebro em rede. Assim, se é verdade que o módulo frontal “controla”, o occipital “vê”, o parietal “tactea” e o temporal em conjunto com as áreas associativas “ouve”, é também verdade que o funcionamento cerebral se estabelece com recurso a estreitas interligações entre as partes, sendo, muitas vezes, possível a recuperação (quase completa) das funções perdidas através do recurso a outras áreas não lesionadas.

Quando falamos em “defeito de linguagem” falamos na incapacidade humana para a produção e/ou compreensão do seu sistema de comunicação. Tal acontece porque os pré-requisitos biológicos com os quais vimos equipados^d, enquanto espécie, se encontram defeituosos (por lesão ou por defeito congénito) ou não foram estimulados no período crítico ou sensível⁴, encontrando-se, por isso, o sistema incapaz de estabelecer uma rede que permita a funcionalidade da linguagem, materializada na aquisição, desenvolvimento e uso das línguas naturais particulares.

“Falhar na linguagem” significa para o homem uma séria incapacidade de se inserir na sociedade e de partilhar a sua vida com os seus pares, enquanto Ser social. Por isso é tão constrangedor lidar com seres humanos que perderam ou não adquiriram nenhum sistema de comunicação, ainda que rudimentar. Por isso também se desenvolveram investigações, ferramentas de apoio e profissões que visam reabilitar a linguagem. Quais são então estas situações em que essa reabilitação é necessária? Quais são as falhas da linguagem conhecidas? E qual é o papel do linguista nessa função?

O papel do linguista nas patologias da linguagem e as fronteiras da linguística clínica

Dizemos que alguém tem um defeito de linguagem ou que a sua linguagem falha quando detetamos

etc.). A esta proposta chamou-se Teoria Frenológica (Castro Caldas, 2000).

^c Com o desenvolvimento dos estudos sobre lesões cerebrais associadas a perdas de competências, iniciados por Paul Broca e seguidores, na senda das teorias frenológicas, a verdade é que a ciência experimental se focalizou, durante largas décadas, na procura de relações entre lesão-localização, descurando as relações entre as várias partes do cérebro.

^d Cf. Noam Chomsky (1982), *The Generative Enterprise: a discussion with Riny Huybregts and Henry van Rjemdijk*. Foris: Dordecht.

anomalias na aquisição e desenvolvimento de uma língua ou na sua compreensão ou produção. Assim, podemos distinguir entre os defeitos congénitos e os defeitos adquiridos por lesão ou fruto de processos de envelhecimento.

Os defeitos congénitos de etiologia e gravidade variada podem-se situar na componente da produção, na componente da compreensão ou ainda na componente comunicativa da linguagem. Se o sucesso de uma reabilitação fonética nas crianças com defeito ligeiro de articulação se encontra estatisticamente comprovado, o mesmo não podemos dizer sobre problemas relacionados com a leitura e a escrita ou alguns tipos de dislexia. Menos fácil ainda será reabilitar a comunicação em crianças com autismo cuja falta de neurónios em espelho lhes prejudica as funções comunicativas da linguagem (baseadas na empatia e partilha social) assim como a compreensão dos sentidos figurados das línguas onde se incluem uma incapacidade para a criação e reconhecimento de metáforas, tal como podemos ouvir nas palavras romanceadas de um autista através de Mark Haddon⁵:

“As pessoas confundem-me. Isto acontece por duas razões principais. A primeira razão principal é que as pessoas falam muito sem usarem quaisquer palavras. A segunda razão principal é o facto de as pessoas falarem frequentemente utilizando metáforas”

Nos indivíduos com autismo, a incapacidade cerebral de processar em simultâneo a informação das diferentes modalidades – quando veem não ouvem, quando ouvem não veem e quando sentem não ouvem nem veem – aliada à falta de neurónios em espelho⁶ prejudica gravemente ou impossibilita, nos casos mais profundos, a compreensão do mundo em que vivemos, gerando por isso um isolamento social¹.

Os defeitos adquiridos por lesão têm também origens e graus de severidade diferenciados. As afasias constituem um bloco importante dentro das perturbações ou defeitos da linguagem e têm sido alvo de investigação mundial. Tal como proposto por Wertz⁷ e colaboradores, a afasia é uma perturbação da linguagem adquirida com carácter patológico e que resulta de lesão cerebral cuja etiologia pode ser diversa. Essa lesão encontra-se nas estruturas supostamente envolvidas no processamento da linguagem e pode afetar a compreensão auditiva, a leitura e a escrita assim como a expressão oral da linguagem.

Existe uma tipologia lata de afasias dependendo do defeito de linguagem que subjaz à patologia. A classificação das afasias depende do desempenho do doente em determinados parâmetros que são avaliados através de baterias de testes. Esses parâmetros são a fluência do discurso, a nomeação de objetos, a repetição de enunciados e a compreensão de ordens. Sendo certo que a afasia não é um conceito unidimensional existem várias classificações possíveis consoante os autores – uns valorizam as manifestações, outros dão importância à etiologia, tema que não vamos, no contexto deste texto, desenvolver^e.

Os processos de envelhecimento levam também, não raras vezes, a alterações da linguagem que se traduzem em defeitos mais ou menos graves e com repercussões mais ou menos acidentadas no contexto social. A demência semântica, tal como a doença de Alzheimer, resulta da morte lenta das vastas populações de neurónios corticais. Enquanto na doença de Alzheimer os estragos começam na face interna dos lobos temporais, em regiões implicadas na aprendizagem de factos novos – o que explica que em geral as perturbações da memória sejam reveladoras da doença, na demência semântica é sobretudo o córtex da face lateral e frontal dos lobos que degenera, com consequências dramáticas, tal como podemos observar no seguinte trecho, retirado das observações de um clínico:

– *“importa-se de me dar a mão?*
– *a mão?... a mão... que é isso? Que quer dizer isso, a mão?”*

O sintoma mais evidente na demência semântica é a falta da palavra e, com o passar do tempo, torna-se também a falta de conhecimento dos próprios referentes.

Como reagir perante estas dificuldades? Como reabilitar? E qual o papel do linguista e daquele que estuda as línguas, a linguagem e a sua interface com o cérebro?

Antes de mais, convém esclarecer que os linguistas não são nem psicólogos, nem terapeutas da fala, nem profissionais que trabalham diretamente no terreno na reabilitação da linguagem. Os linguistas podem e devem colaborar com estes profissionais através da investigação linguística e da inserção ativa

^e Veja-se sobre este assunto o trabalho de revisão sobre afasia publicado nesta revista em 2008 de Ana Mineiro, Alexandre Castro-Caldas, Gabriela Leal e Inês Rodrigues “Revisitando as afasias na PALPA-P” In: Cadernos de Saúde – Vol. 1 (2), Lisboa: 135-142.

em equipas multidisciplinares vocacionadas para o desenho de provas de avaliação e programas de reabilitação linguística.

A linguística clínica é uma área de intersecção que convoca todos os campos da linguística (fonologia, sintaxe, semântica, pragmática e léxico) assim como os seus modelos explicativos (modelo estruturalista, generativista, cognitivo, sistémico-funcional) para a identificação dos sintomas presentes na patologia linguística e sua posterior reabilitação. O seu papel é fundamentalmente um papel de charneira e as suas fronteiras estão desenhadas pela sua intersecção: contribuir através dos conhecimentos aprofundados sobre as línguas e dos seus modelos explicativos mas não intervir.

Um dos ganhos da Linguística Clínica que se inscreve na sua própria história centra-se na abordagem holística da língua. Podemos analisar, por exemplo, o discurso de um traumatizado de cranioencefálico (TCE) em que a pragmática se encontra geralmente comprometida à luz do modelo da linguística sistémico-funcional, já que este modelo nos dará conta daquilo que se encontra em falha em termos de funcionalidade da comunicação. Tal análise é extremamente útil num contexto de diagnóstico diferencial.

O papel do linguista clínico passará então a ser o de auxiliar através dos seus conhecimentos profundos sobre a língua um diagnóstico diferencial, colaborando assim para um caminho em termos de reabilitação mais seguro.

A contribuição do linguista clínico nas baterias de avaliação da linguagem torna-se também uma área de possível colaboração. Este é um vasto campo que carece de trabalhos para o português europeu e em que a presença de um profissional com conhecimentos sobre a estrutura e uso da língua pode ser uma mais-valia para a realização de baterias mais apuradas.

Só uma estreita colaboração com outros profissionais do diagnóstico e reabilitação da linguagem é que os linguistas encontram o seu espaço, nesse meio. E esse é também o seu papel. Um papel de retaguarda, escondido mas em rede e que pode contribuir para uma melhoria significativa das ferramentas utilizadas para avaliar a linguagem, para um melhor diagnóstico diferencial, para a construção de um caminho mais seguro na reabilitação, para a melhoria da compreensão da patologia linguística de todos os intervenientes nestas equipas plurais e multidisciplinares.

É ainda importante salientar que para além das competências técnicas e científicas que o linguista nesta área deve ter, a compreensão e a solidariedade na doença daquele que tem falhas de comunicação me parece ser uma competência fundamental para quem trabalha em linguística clínica, ainda que não o faça diretamente no terreno. Só assim podemos contribuir para desmistificar chavões e mitos que assentam na exclusão social daqueles que são diferentes – porque assim se nasceram ou se tornaram. Um disléxico não é, *a priori*, menos inteligente do que um outro menino que não tenha problemas na correspondência fonema-grafema. Um autista não é um pária porque as suas competências sociais e comunicativas se encontram comprometidas. E quanto aos nossos idosos, a compreensão daquilo que é o envelhecimento é uma obrigação da nossa sociedade e, por isso, de todos nós.

Se os idosos vão registando perdas físicas e motoras, a verdade é que os seus cérebros ganham competências que lhes permitem resolver, muitas vezes, os problemas, sem a utilização de estruturas frontais que implicam raciocínios baseados na lógica. O idoso em cada decisão recruta padrões de reconhecimento da situação baseado na sua experiência anterior, tornando o seu processo de decisão mais ágil e libertando-se do “peso” das análises subcorticais. Este é o verdadeiro paradoxo da sabedoria⁸.

O envelhecimento pode, então, ser visto como uma libertação do cérebro e quando este se silencia verbalmente, esse silêncio, repleto de uma ideiação rica, fruto de um percurso de vida, merece todo o nosso respeito^f.

Notas Conclusivas

Terminaria este texto salientando o papel de interface que a linguística clínica pode oferecer às ciências da saúde. Sendo a linguagem um atributo intrínseco e transversal na identidade do *homo sapiens* ou, mais atualmente, do *homo culturalis*, a verdade é que os estudiosos da mesma se podem perspetivar em várias direções, sempre e quando integrem na sua prática uma abordagem colaboracionista, plural e multidisciplinar.

^f Agradeço ao Professor Doutor Daniel Serrão a visão cientificamente poética do envelhecimento que partilhou numa conferência de um congresso onde estive presente e que marcou, desde logo, a minha visão sobre esta etapa de vida do ser humano.

Referências

1. Castro Caldas, A. *A Herança de Franz Joseph Gall – O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill; 2000.
2. Gil da Costa R, Martin A, Lopes MA, Muñoz M, Fritz JB, Braun AR. Species-specific calls activates homologs of Broca's and Wernicke's areas in the macaque. *Nature Neuroscience*. 2006; 9 (8):1064-70
3. Castro Caldas A. *viagem ao cérebro e algumas das suas competências*. Lisboa: UC Editora; 2008.
4. Kuhl P, Meltzoff J. An evolution, nativism and learning in the development of language and speech. In: Gopnik M, ed. *The inheritance and innateness of grammars*. NY: OUP; 1997. pp. 7-14.
5. Haddon M. *O estranho caso do cão morto*, Lisboa: Editorial Presença; 2003.
6. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Les neurones miroir*. Montréal: Odile Jacob Ed; 2008.
7. Wertz R, Donkers NF, Ogar J. Aphasia. The classical syndromes In: Kent R ed. *The MIT encyclopedia of communication disorders*. Cambridge Massachusetts – London: MIT Press; 2004. pp. 262-265.
8. Goldeberg H. *The wisdom paradox: how your mind can grow stronger as your brain grows older*. NY: Penguin; 2005.