

Semiologia das Afasias: Uma Discussão Crítica

Semiology of Aphasias: A Critical Discussion

Rosana do Carmo Novaes Pinto^{*,a} & Ana Paula Santana^b

^aUniversidade Estadual de Campinas

^bUniversidade Tuiuti do Paraná

Resumo

O artigo discute a semiologia das afasias, que teve início no século XIX com Broca e Wernicke. Não é nosso objetivo fornecer uma lista exaustiva de sintomas e síndromes para tratar do tema, já que buscamos discutir criticamente por que a semiologia das afasias ainda se baseia principalmente em perspectivas orgânicas na prática clínica e na pesquisa científica. Também discutimos as contribuições de Lúria e de Jakobson para uma melhor compreensão de como a linguagem está comprometida nas afasias e como a Linguística Moderna, sobretudo a Neurolinguística Discursiva, pode iluminar o debate. Analisamos alguns dados para ilustrar os pressupostos teóricos e metodológicos das referidas abordagens e discutimos ainda o peso excessivo que as classificações têm no contexto clínico.

Palavras-chave: Afasia; Semiologia; Neurolinguística; Terapia de fala; Clínica.

Abstract

The article discusses the semiology of aphasias, which started being developed in the 19th century by Broca and Wernicke. We do not provide an exhaustive list of symptoms and syndromes to address the theme, since we aim to critically discuss why the semiology of aphasias is still based mainly on organic perspectives in clinical practice and scientific research. We also discuss the contributions of Lúria and Jakobson to a better understanding of how language is affected in aphasias and how Modern Linguistics, in special the Discursive Neurolinguistics, may enlighten the debate. We analyze some data to illustrate the theoretical and methodological assumptions of the above mentioned approaches and also discuss the excessive strength that classifications have in the clinical context.

Keywords: Aphasia; Semiology; Neurologistics; Speech therapy; Clinic.

Elegemos a Neurolinguística Discursiva (doravante ND), neste artigo, como o “posto de observação” de onde nos colocamos para refletir e avaliar criticamente a semiologia das afasias e suas implicações no contexto clínico. O próprio termo “semiologia”, embora geralmente usado no singular, abriga diferentes sistemas semiológicos, cada qual priorizando aspectos relacionados às ciências nas quais são originados. Esses sistemas, como veremos mais adiante, também se entrecruzam, revelando a busca de um equilíbrio entre as abordagens orgânicas e as abordagens sociais de funções complexas como a linguagem humana.

Porter (1997) afirma que o médico, até meados do século XVIII, ao se dispor a ouvir a história do paciente e a interpretar suas queixas, tentava formar uma idéia totalizante da doença, já que não possuía um conjunto de tecnologia de diagnose e nem o que o autor chama de “moeda lingüística certa para as trocas entre profissional e paciente”. Em outras palavras, não era atribuído

um *nome* à doença, que lhe permitisse compreendê-la. A preocupação com a terminologia nas ciências médicas tem origem nessa necessidade de se desenvolver um jargão técnico, mas que por outro lado servisse também para a comunicação – ou para a “descomunicação”, segundo o autor – entre o médico e o paciente.

Foucault (1998), em *O Nascimento da Clínica*, faz uma crítica à descrição das doenças como sendo uma “coleção de sintomas”, como uma forma de se alcançar uma “verdade”. O autor critica também a idéia de que a clínica não seria um espaço para se descobrir verdades desconhecidas, mas apenas onde se poderia dispor e apresentar verdades já adquiridas. A semiologia seria o inventário desses sintomas, organizados ou re-categorizados em *síndromes*, e reflete as condições da produção do conhecimento e das crenças de uma determinada sociedade, ou seja, depende da “vontade de verdade de uma época”, fortemente marcada pela relação entre “ver e dizer”.

Essa abordagem dos fenômenos orgânicos e psicológicos, segundo Foucault (1998), evidencia a preocupação classificatória e nominalista dos estudos desenvolvidos na prática da medicina nos séculos XVIII e XIX. Cada um dos sintomas ou *comportamentos* é entendido como um *item semiológico*, batizado de acordo com o ponto de

* Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Campinas, Rua Sérgio Buarque de Holanda, 571, Cidade Universitária, Barão Geraldo, Campinas, SP, Brasil, CEP 13084-971. Tel.: (19) 3521 1761. E-mail: ronovaes@terra.com.br

vista do pesquisador ou da área na qual se inscreve. As categorias passam a ser prévias às observações e o papel do clínico é apenas o de encaixar nelas os sujeitos e as patologias.

O conhecimento de uma área se constrói a partir dos modelos e propostas antecessores e, mesmo que velhos conceitos sejam criticados e reformulados, a semiologia geralmente acaba sendo cristalizada. Nesse sentido, observa-se que o peso da tradição é tão forte que ainda hoje nos flagramos descrevendo as afasias com as terminologias adotadas pelos neurologistas do século XIX, precursores dos estudos afasiológicos, apesar de toda a discussão sobre seus limites.

Embora muitas vezes o exercício classificatório e taxonômico tenha o objetivo de generalizar sobre os fenômenos e possibilitar a comunicação entre os profissionais que se dedicam aos estudos e/ou à prática clínica, as categorias (geralmente concebidas como síndromes ou conjunto de sintomas)¹ têm sido tomadas como parâmetros para a avaliação e para os encaminhamentos terapêuticos, sem muita reflexão crítica. Descrevem-se os déficits e as perdas detectados por meio de baterias de testes e encaixam-se os sujeitos em uma ou outra categoria, descartando tudo o que não cabe nos modelos, principalmente as variações individuais. (Novaes-Pinto, 1999).

É consenso entre os estudiosos de que não existe uma classificação satisfatória das afasias. A semiologia utilizada para caracterizar os diferentes sintomas e síndromes, embora cristalizada ao longo dos séculos, apresenta bastante variação, principalmente com relação aos nomes das categorias clínicas (Jakubovicz & Cupello, 1996; Lecours, Dumais, & Tainturier, 1987; Ortiz, 2005).

As classificações nunca dão conta da complexidade dos fenômenos. O *sintoma* pode ser visto até mesmo em função do modo como cada sujeito lida com suas dificuldades e com os limites impostos pela afasia. Em outras palavras, as classificações nada mais são que uma tentativa ilusória de se compreender regularidades subjacentes às alterações. A variação terminológica reflete as diferentes concepções de linguagem, de cognição e de cérebro, dos diferentes autores.

Enfatizamos a impossibilidade, pela natureza deste trabalho, de apresentar de forma exaustiva a semiologia das afasias, isto é, as *síndromes* e os *sintomas*, nas versões desenvolvidas pelos muitos estudiosos que se ocuparam dessa tarefa. Os recortes foram feitos com o objetivo de abordar e problematizar o tema, atentando para o limite das classificações.

A teoria que guia nossas reflexões é a Neurolinguística Discursiva, que vem sendo desenvolvida há mais de vinte anos, desde os primeiros trabalhos de Coudry na década de 80 e que se apóia numa concepção sócio-histórica-cultural, tanto do cérebro como da linguagem, influenciada por áreas da Linguística como a Análise do Discurso, a Pragmática, a Semântica Enunciativa e a Aquisição da Linguagem. Todas essas correntes têm em comum o fato de considerarem o sistema da língua em sua relação com o exterior discursivo: o contexto social e as condições de produção dos discursos, incluindo o sujeito e as marcas de subjetividade nas teorias que visam explicar seu funcionamento².

Buscaremos discutir, mais adiante, como as teorias linguísticas, sobretudo a ND, podem contribuir para uma melhor compreensão das questões relacionadas à semiologia das afasias, seja refutando, propondo ou resignificando os itens semiológicos e, para isso, vamos nos valer neste texto da análise discursiva de alguns episódios dialógicos.

Os Estudos de Broca e Wernicke e a Relação entre Ver e Dizer

A origem da semiologia das afasias é marcada pela preocupação localizacionista que caracterizou os estudos do cérebro no século XIX. Broca (1861/1969) foi o primeiro a postular uma localização para a linguagem e a mostrar que ela é, de certa forma, independente de outros processos cognitivos. Ele descreveu um caso de afasia motora, correlacionando alterações linguísticas de um sujeito a uma lesão na terceira circunvolução frontal do hemisfério esquerdo – até hoje conhecida como “área de Broca” – e usou o termo “afemia” para designar o que julgava ser a perda da faculdade da linguagem articulada, responsável por traduzir as imagens mentais em imagens motoras ou, em outras palavras, em movimentos (Broca, 1861/1969). As etapas da produção da linguagem estariam “truncadas”, gerando uma linguagem não-fluente. Apenas em 1887 foi que Trousseau, discordando do termo utilizado por Broca, propôs o termo “afasia”, significando *a perda da memória da palavra*.

A partir da descrição acima, podemos inferir sobre uma concepção de linguagem subjacente às conclusões de Broca. Trata-se de uma representação de conteúdos sensorio-perceptivos alojados nos centros imagéticos e do ato motor propriamente dito. Essa concepção é bastante redutora, a nosso ver, se considerada à luz dos conhecimentos produzidos nas Neurociências e na Linguística nas últimas décadas.

¹ A noção de *sintoma* é o construto teórico que estaria mais diretamente ligado à observação dos fatos, o que seria mais perceptível ao observador ou revelado por meio da aplicação de testes neuropsicológicos. A associação dos sintomas, por sua vez, permite distinguir *síndromes* ou *categorias clínicas*, geralmente determinadas por correlações estatísticas. O levantamento dos sintomas e o seu agrupamento em categorias clínicas passam, evidentemente, pelo filtro de uma teoria, que é prévia à observação.

² A ND se distingue de uma Neurolinguística tradicional, visto que esta última geralmente apóia-se apenas nas neurociências e está desvinculada das teorias linguísticas ou restringe-se apenas aos modelos formais, como o estruturalista e o gerativista, para respaldar suas análises e corroborar seus modelos.

Mansur e Radanovic (2004) afirmam, baseadas nos trabalhos de Dronkers (2000), que os pacientes autopsiados dos quais Broca derivou sua descrição apresentavam, respectivamente, infartos múltiplos e demência³. O caso clínico a partir do qual fundamentou sua teoria foi o de seu paciente Leborgne, também conhecido por *Tan*, em função dos enunciados que produzia, reduzidos a *tan-tan*, termo reconhecido na literatura como *estereotípi*a ou *automatismo*. Morato (2001, p. 150), também a esse respeito, questiona o fato de que esse caso seja justamente o que dá origem aos estudos afasiológicos: “*muitos admitem, não sem uma ponta de ironia, que a Afasiologia tem sua origem numa espécie de malogro ou equívoco clínico*”.

Alguns anos após o trabalho de Broca (1861/1969), Wernicke (1874/1994) localizou a área de armazenamento da *imagem sonora* na primeira circunvolução temporal do hemisfério esquerdo, que seus sucessores batizaram como “área de Wernicke”. Estando essa área comprometida, os sujeitos teriam dificuldades para compreender a linguagem verbal, já que haveria uma interrupção das fibras nervosas – das conexões, bloqueando a chegada das informações às áreas associativas. A produção estaria relativamente preservada, desde que as áreas motoras não estivessem afetadas.

Também são feitas críticas a Wernicke quanto às relações que estabeleceu entre cérebro e linguagem, a partir do estudo de apenas dois casos. Mansur e Radanovic (2004) relatam que ele realizou autópsia apenas em um dos sujeitos e que o outro paciente também apresentaria demência. As autoras acreditam que o fato de não se conseguir encaixar as observações clínicas no modelo criado por Wernicke se deve às limitações do mesmo. Para Wernicke (1874/1994), a afasia era um quadro complexo que consistia, por um lado, em afemia pura e afasia motora – tal como postulada por Broca – e, por outro, em afasia sensorial com uma variedade de síndromes disfásicas. Também considerava a linguagem como um “instrumento das representações mentais, um fenômeno da mente”. Sua classificação das afasias deriva do modelo baseado na *palavra* (signo verbal). Para compreender e produzir a palavra, necessita-se de dois níveis: *o conceito da palavra e o conceito do objeto*⁴. Wernicke mantinha, ainda, a oposição *motora e sensorial* e acrescentava elementos relacionados à extensão da lesão, principalmente no comprometimento de áreas corticais

e sub-corticais, ou ambas: por um lado, tem-se afasia cortical motora, afasia subcortical motora, afasia transcortical motora e, por outro, afasia cortical sensorial, afasia subcortical sensorial, afasia transcortical sensorial.

O termo “transcortical” foi utilizado por Wernicke para substituir o termo “afasia cortical e subcortical” e o autor manteve a descrição de “afasia de condução⁵”, quando a lesão compromete áreas intermediárias entre as regiões de Broca e Wernicke, e cuja característica principal seria a produção de parafasias⁶. Foi descrita a partir do momento em que foram observados sintomas não mais explicáveis por lesões nas áreas de Broca e de Wernicke. Logo, parecia correto afirmar que haveria uma representação cortical para este sintoma – uma lesão nas fibras associativas. Sua classificação é um bom exemplo para ilustrar de que forma se buscava estabelecer as correlações entre os sintomas lingüísticos e as áreas cerebrais responsáveis, refletindo o enfoque localizadorista vigente⁷.

Além das críticas já apontadas acima, sobre os limites metodológicos que levaram Broca e Wernicke a postularem os centros responsáveis pela produção e pela compreensão da linguagem, há pesquisas recentes que põem em cheque a relação direta entre essas áreas e os tipos de afasias descritos no século XIX e ao longo de boa parte do século XX.

Segundo Dronkers (2000, citado por Mansur & Radanovic, 2004), apenas cerca de 50% a 60% dos pacientes com lesão na área de Broca possuem uma “afasia de Broca persistente” e apenas 30% dos pacientes com lesão na área de Wernicke são afásicos de Wernicke crônicos. Há ainda cerca de 15% de pacientes com afasia de Broca crônica que não têm lesão na área de Broca e 35% de afásicos de Wernicke que não têm lesão na área de Wernicke. A afasia de condução, por sua vez, geralmente atribuída a lesões na região do fascículo arqueado (entre as regiões de Broca e Wernicke, o que explica o nome *de condução*), ocorre geralmente devido a lesões no lobo parietal inferior.

A respeito da variabilidade inerente aos fenômenos afasiológicos e também da variação inerente às abordagens teóricas, Lecours et al. (1987), afirmam que devemos nos reportar às “*afasias de Broca*”, ou seja, usar o

³ Morato (2001, p. 150) comenta também o fato de que Leborgne, que ficou internado durante 20 anos no Hospital Bicêtre, em Paris, “*padecia de vários males antes mesmo de ter sofrido uma lesão cerebral e que não foi, na verdade, apenas uma.*”

⁴ No processo de compreensão, o primeiro estágio se originaria no conceito da palavra e passaria depois pelo conceito do objeto. O mesmo processo ocorreria na produção, mas na ordem inversa, com o conceito do objeto emergindo primeiro, seguido do conceito da palavra. Para Wernicke (1874/1994), na produção da fala espontânea seria mais importante, ou mais necessária, a preservação do conceito da palavra.

⁵ A literatura afasiológica sempre se reporta à *afasia de condução* quando há problemas dos sujeitos com a *repetição*. No entanto, em seus primeiros trabalhos, Wernicke (1874/1994) não menciona problemas de repetição, mas sim a produção abundante de parafasias - característica central desta afasia. Somente em trabalhos posteriores, o autor explica que a repetição é impossível se a rota entre o centro sensorial e o motor estiver alterada.

⁶ Parafasia é a produção de um som ou de uma palavra no lugar de outro som ou palavra pretendidos. Pode ser fonético/fonológica, no caso da substituição de um som por outro ou lexical (ou semântica) no caso de substituição de uma palavra por outra.

⁷ Para ilustrar a força que os modelos clássicos têm ainda hoje, citamos Geschwind (década de 90 do século XX), que expandiu o modelo de Wernicke, ficando conhecido como “*Wernicke-Geschwind*” ou “*modelo conexionista*”, base para a classificação atual das afasias.

termo no plural, já que “afasia de Broca” passa a ser apenas um *protótipo da afasia não fluente*. Os autores também admitem o fato de que nem sempre tais afasias resultam de lesão na área de Broca, o que pode hoje ser comprovado cientificamente, como mostram as pesquisas de Dronkers (2000, citado por Mansur & Radanovic, 2004).

Para ilustrar a diversidade e a divergência conceitual que estão subjacentes à adoção dos itens semiológicos, trazemos a discussão que Lebrun (1983) faz a respeito de alguns termos que são muitas vezes tomados como sinônimos na literatura neuropsicológica. O autor discute que a *afemia*, proposta por Broca, seria de fato a *síndrome da anartria* ou *apraxia da fala*. Segundo Lebrun (1983), nessa síndrome as habilidades metalingüísticas ficam geralmente intactas. Aponta a confusão conceitual e terminológica subjacente a esse diagnóstico e questiona se os problemas articulatórios dos anátricos não seriam diferentes das dificuldades articulatórias dos afásicos de Broca – posição contrária a de Pierre Marie (1906/1994), por exemplo, que via os fenômenos como sendo da mesma natureza, em que a *afasia de Broca* seria a combinação de uma *afasia pura* com uma *anartria*⁸. Lebrun ressalta a necessidade de rever a opinião de Pierre Marie e chama a atenção para o fato de que os termos *anartria* ou *apraxia da fala* também são confundidos com a *afasia motora eferente*, de Luria, todos relacionados às dificuldades de caráter fonético/articulatório. Indiferentes a uma discussão mais conceitual, todos esses termos são bastante utilizados na área médica. Aparecem de forma recorrente, por exemplo, nos protocolos dos sujeitos, nos relatórios neurológicos e neuropsicológicos e nos encaminhamentos para a clínica fonoaudiológica.

Pesquisas realizadas na Lingüística sobre este tema, sobretudo na Fonologia Articulatória (Albano, 2001), têm apontado para a inadequação das abordagens que separam os níveis fonético e fonológico. Esta questão foi também abordada por Freitas (1997), na área de Neuro-lingüística, ao discutir a proliferação de rótulos e questionar não só a ruptura entre aspectos fonéticos e fonológicos, mas o fato de se conceber as alterações fonéticas nas afasias como sendo da mesma natureza dos distúrbios anátricos e, portanto, concordando com Lebrun.

Voltando às dicotomias, os termos *de Broca*, *emissivas*, *de expressão* e *motoras* estão relacionados às principais características das afasias *anteriores*⁹, que alteram os mecanismos de expressão. Por outro lado, as *afasias de Wernicke*, *receptivas*, *sensoriais* ou *de compreensão*, são relacionadas às lesões posteriores, sobretudo temporais

e parietais, com dificuldades na recepção e percepção da linguagem¹⁰.

Outra dicotomia associada às que foram apresentadas acima diz respeito à classificação das afasias em *fluentes* e *não-fluentes*, o primeiro termo relacionado às afasias posteriores (Wernicke) e o segundo às anteriores (Broca). Geralmente o conceito de *fluência* é definido em relação ao de *disfluência*. Nas afasias motoras, os enunciados são *disfluentes* devido à presença de fala laboriosa, muitas hesitações e pausas, parafasias, repetições, dificuldades para encontrar palavras e pelo estilo telegráfico (sobretudo nos casos de *agramatismo*, com ausência marcante de verbos, de flexões nominais e verbais e de palavras funcionais como artigos e preposições).

Esse tema tem recebido bastante atenção por parte da ND, que busca incorporar fenômenos geralmente descartados nas abordagens mais tradicionais, de cunho estruturalista. Scarpa (1995) tem enfatizado que os fenômenos acima mencionados – digressões, pausas, hesitações, repetições, etc. – são constitutivos da linguagem e de sua natureza dialógica e revelam atividades epilíngüísticas. Em outras palavras, deixam entrever os processos que estão em curso, o trabalho lingüístico que os sujeitos realizam sobre os recursos da língua, apesar das limitações impostas pelas afasias. As análises lingüísticas têm apontado que, da forma como é postulada na literatura tradicional, a noção de *fluência* é um mito, uma vez que a *disfluência* é constitutiva da *fluência*.

A semiologia que se refere às alterações da linguagem escrita nas afasias e também em outras síndromes neuropsicológicas também é prolifera. Termos como *agrafia*, *agrafia pura*, *alexia*, *alexia sem agrafia*, *alexia verbal*, *alexia frontal*, *alexia literal*, *agrafia parietal*, dentre outros, pretendem dar conta de explicitar a variedade de sintomas observados nas diferentes síndromes (Santana, 2002). A semiologia da escrita não será tratada neste artigo, mas nos referimos a essa questão apenas para reforçar a existência de controvérsias terminológicas e conceituais.

A Semiologia das Afasias na Neuropsicologia Moderna

Iniciamos a discussão sobre a semiologia das afasias na Neuropsicologia Moderna destacando as contribuições de Luria, autor que elegemos como o principal representante do século XX nessa área, uma vez que seus estudos promoveram mudanças fundamentais na concepção do funcionamento cerebral. Mais adiante, discutiremos também uma espécie de paradoxo existente entre uma concepção sócio-histórica-cultural e dinâmica de cérebro e de linguagem – presente na obra de Luria, amplamente aceita nas neurociências – e a tenta-

⁸ Pierre Marie, em 1906, caracterizou o diagnóstico de *anartria* como uma dificuldade articulatória resultante de uma lesão na circunvolução pré-central e/ou circunvolução pós-central, na região do núcleo lenticular ou na cápsula interna, tanto à direita quanto à esquerda.

⁹ Os termos *anteriores* e *posteriores* denotam a localização da lesão em relação à fissura sylviana, que podem comprometer a região de Broca e/ou áreas adjacentes.

¹⁰ Em casos extremos podem ser referidas como “desintegração fonética”.

tiva de se mapear o cérebro e localizar aspectos de funções complexas como a linguagem, em substratos neurais discretos.

Luria (1976) retoma da literatura neuropsicológica vigente em sua época a noção de Sistema Funcional Complexo (SFC), segundo a qual os processos mentais (dentre os quais percepção, memória e linguagem) não podem ser considerados como faculdades isoladas ou como funções diretas de grupos limitados de células¹¹.

Inúmeras são as contribuições deste autor para o estudo do funcionamento do cérebro e da linguagem, sobre a relação entre os níveis lingüísticos e a organização dos campos semânticos, a relação com outros sistemas cognitivos, etc. Entretanto, não poderemos dissertar aqui sobre todas essas contribuições e passaremos a discutir como ele se reportava às afasias e sua semiologia, objeto de reflexão deste artigo.

Ao referir-se à afasia de Broca, Luria (1976) propõe uma divisão em *aférente* e *eférente*. A fisiologia moderna mostra que os movimentos voluntários não resultam somente de uma excitação eferente, mas também da organização aferente, isto é, da organização de um esquema simultâneo de movimento. Aspectos motores envolvidos na produção oral requerem a participação de pelo menos dois fatores: o primeiro está associado às partes cinestésicas da área sensorio-motora do cérebro (predominantemente as partes inferiores do giro pós-central), ou seja, fornece um *esquema cinestésico* para a articulação, enquanto o segundo fator requer a atividade das partes inferiores da área pré-motora do hemisfério esquerdo, a já referida zona de Broca, base cortical da fala fluente. Pelo menos dois tipos de afasia motora podem ser descritos, a partir de alterações nesses esquemas: a *aférente*, como consequência de lesões do *Operculum Rolandi* e a *afasia eferente*, que seria a afasia de Broca propriamente dita. Luria demonstra que os mecanismos fisiológicos, bem como o quadro clínico destas formas, são muito diferentes.

A fim de se compreender como o autor concebe as alterações que ocorrem nas afasias, citamos resumidamente sua classificação dos fenômenos: *afasia acústico-amnésica*¹², caracterizada pela incapacidade de se estabelecer diferenças entre palavras que são foneticamente similares, já que o traço fonêmico-lexical estaria perdido; *afasia dinâmica*, cuja característica principal é a

escassez de *output* espontâneo, enquanto a compreensão, a articulação, a nomeação e a repetição estão comparativamente preservadas; *afasia semântica*: o processo e a seleção ficam comprometidos, pois palavras que têm similaridades fonêmicas, morfológicas ou semânticas teriam a mesma probabilidade de serem selecionadas¹³.

Reconhecemos que a semiologia proposta pelo autor, apesar de diferenciar-se da classificação tradicional, parece não avançar muito em termos de poder explicativo, em relação às teorias antecessoras. Sua classificação deixa transparecer a concepção funcionalista de linguagem e a terminologia utilizada enfatiza a sua natureza sistêmica, mas ao mesmo tempo, baseia-se nas antinomias tradicionais: codificação/decodificação; sensorio/motor; emissão/recepção; produção/compreensão, aferente/eferente, privilegiando os níveis formais de organização do sistema da língua: fonético/fonológico, sintático e semântico.

Gandolfo (1996) critica o fato de que Luria, apesar de sua diferenciada visão sócio-histórica-cultural da linguagem e dos demais processos cognitivos complexos, não incorpora questões pragmático-discursivas, como os *processos inferenciais* ou o *reconhecimento de normas conversacionais*, que são considerados pelo autor no âmbito do comportamento, associados às alterações cognitivas, como nas chamadas Síndromes Frontais. Para a autora, as alterações pragmático-discursivas deveriam fazer parte da semiologia das afasias, uma vez que dizem respeito às alterações que relacionam o sistema da língua e as condições de produção, à relação do sujeito com o contexto, etc. Cabe ressaltar que, em estudos mais recentes, o termo *afasia pragmática* tem sido relacionado às Síndromes do Hemisfério Direito (Fonseca, Parente, Cote, & Joannette, 2007).

Os postulados de Luria acerca do funcionamento cerebral e seu modo de compreender a linguagem, também como um sistema funcional complexo, ainda hoje fundamentam as pesquisas em Neuropsicologia e muitos de seus pressupostos podem ser confirmados por meio de modernos instrumentos de neuroimagem¹⁴.

A década do cérebro – nos anos 90 – possibilitou um avanço sem precedentes no seu conhecimento científico. Segundo Damásio (1997), as descobertas ajudaram a esclarecer e a transformar a visão clássica a respeito do funcionamento cerebral e devem-se, principalmente, a três fontes: os estudos eletrofisiológicos, os estudos das lesões e os estudos com as imagens funcionais. A exposi-

¹¹ Segundo Luria, uma coisa é afirmar que há áreas especializadas que contribuem para realizar funções específicas e outra, bem diferente, seria afirmar que as funções estão localizadas em áreas específicas do cérebro.

¹² Luria (1984) afirma que a maioria das manifestações de afasias de condução pode ser explicada pela insuficiência de aferências cinestésicas do ato verbal. Para *repetir* é necessário que se tenha preservada uma avaliação exata da organização fonêmica. A afasia de condução pode ser analisada como uma forma mais leve de afasia acústico-amnésica ou de afasia motora aferente (na qual a fala fonemática está desorganizada). Pode ser resultado, ainda, de um distúrbio seletivo de um articulema. A afasia de condução, portanto, seria uma forma complexa de afasia, que pode ocorrer devido a distúrbio de diferentes componentes.

¹³ A afasia, para Luria (1984), é um problema da função reguladora da linguagem e isso tem a ver com o fato de que o sujeito tem alterada a sua capacidade de seleção, de controle sobre a escolha. Luria (1987) afirma que a linguagem envolve processos de associações fonéticas, semânticas e morfológicas. Nas afasias, todas as associações seriam evocadas (como ocorre no processamento normal), mas a escolha tornar-se-ia difícil ou impossível.

¹⁴ Há relatos na literatura neuropsicológica, por exemplo, de experimentos com Ressonância Magnética Funcional, envolvendo o processamento de tarefas complexas como a leitura de textos argumentativos, durante os quais se observava intensa atividade em todas as regiões cerebrais.

ção do córtex cerebral durante cirurgias tem oferecido a oportunidade de se estudar o cérebro humano diretamente, por estimulação elétrica, desativando temporariamente a função de uma determinada região. Os resultados mostram, segundo o autor, que diversas áreas do córtex cerebral esquerdo, fora das áreas clássicas de linguagem, estão ativamente comprometidas em tarefas lingüísticas.

Com a utilização da ressonância magnética e de reconstruções tri-dimensionais *in vivo*, o estudo das lesões permitiu uma nova onda de experimentos cognitivos. Damásio (1997) afirma que os resultados desses estudos têm mostrado que o processamento da linguagem não depende somente das áreas de Broca e Wernicke, mas de um trabalho de muitas áreas trabalhando em conjunto, tal como postulado por Luria.

A literatura neuropsicológica produzida nas últimas décadas sobre a organização cerebral e o processamento da linguagem dedica-se a formular hipóteses acerca dos mecanismos responsáveis por sua aquisição e desenvolvimento, pela busca e seleção de palavras ou da morfologia (flexional e funcional), pelas regras gramaticais mobilizadas para a produção e compreensão da língua(gem), dentre outros.

Como apontamos acima, parece haver um paradoxo entre, por um lado, uma concepção acerca do funcionamento cerebral como um sistema funcional complexo, proposta por Luria e reconhecida por autores como Damásio (1997), que demanda o trabalho de muitas áreas corticais e sub-corticais em distintos pontos do cérebro para processar qualquer das funções superiores e, por outro lado, a tentativa de se mapear o cérebro e as funções complexas.

Uma quantidade substancial dos trabalhos produzidos recentemente nas neurociências tem como objetivo não só postular “modelos de processamento lingüístico”, mas revelar os substratos neurais que participam dos processos funcionais complexos como *linguagem e memória*, à semelhança do que se pode afirmar sobre os processos primários como a *percepção visual, auditiva e tátil*, o que parece se constituir como uma tendência *neo-localizacionista* ou *neo-frenológica*. Ao contrário das primitivas técnicas utilizadas por Gall e seus seguidores, no século XIX, que apalpavam os cérebros dos pacientes nas autópsias a fim de descobrir protuberâncias ou lesões que justificassem o estabelecimento de seus mapas frenológicos, a utilização da neuroimagem se estabeleceu no século XXI como o instrumento mais respeitado para revelar as “verdades” acerca do funcionamento cerebral (Novaes-Pinto, 2008).

Voltando à questão da semiologia, é provável que os achados das pesquisas realizadas com neuroimagem venham a influenciar a terminologia, não só referente às afasias, mas relacionadas às síndromes neuropsicológicas em geral. Num futuro próximo, poderão determinar ainda mais fortemente a relação entre o orgânico e o psicológico, a partir da correlação estatística de uma função

psicológica e uma área cerebral, fortalecendo os modelos que são cada vez mais valorizados pelo paradigma científico vigente nas neurociências.

Como opção a uma terminologia marcada pela tradição localizacionista, a análise lingüística dos fenômenos parece contribuir para que se repense a semiologia das afasias e de outras alterações de linguagem envolvidas nas patologias cerebrais, orgânicas ou funcionais.

As Contribuições da Lingüística para a Discussão sobre a Semiologia das Afasias

A Lingüística inicia a discussão sobre a semiologia das afasias apenas na metade do século XX, com Jakobson (1954), e vem se solidificando como uma área que muito pode contribuir para o avanço das teorias que se debruçam não só sobre o estudo das afasias, mas de qualquer fenômeno que relacione a linguagem aos demais processos cognitivos. A complexidade desses processos e de suas inter-relações só pode ser melhor compreendida numa perspectiva multidisciplinar e a Neurolingüística, disciplina híbrida, busca explicações que sejam compatíveis entre um modelo de cérebro dinâmico, flexível, como propõe a abordagem luriana, e uma concepção de linguagem também dinâmica, como atividade constitutiva dos sujeitos e da própria língua, como a que é defendida pela ND.

Inaugurando a entrada da Lingüística nas afasias, Jakobson (1954) ressalta a importância dessa disciplina para uma adequada descrição e melhor compreensão dos fenômenos. Ele, de fato, convoca os lingüistas a participarem de tal empreitada, em seu texto *Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia*. Foi o primeiro a realizar uma análise dos distúrbios afásicos utilizando critérios puramente lingüísticos. Os neurologistas e neuropsicólogos acreditavam que a afasia era um “problema de língua”. Jakobson rompeu com essa concepção, que havia marcado os estudos até então, e assumiu o ponto de vista de que só se pode entender a linguagem “em funcionamento” e compreendendo as suas distintas funções.

A classificação das afasias, segundo Jakobson, pode ser estabelecida em relação aos dois “eixos” de organização da linguagem: o paradigmático e o sintagmático. O primeiro estaria relacionado às dificuldades do afásico em *selecionar* unidades dentre uma lista de elementos – também concebido como *eixo metafórico* – e o segundo relacionado às dificuldades com as *combinações* dos elementos previamente selecionados – ou *eixo metonímico*. Jakobson (1954) propõe, de acordo com as dificuldades mais acentuadas dos afásicos com a seleção ou com a combinação, dois tipos de afasias, cujas formas *puras* poderiam ser descritas como polares: a *jargonafasia* e o *agramatismo*. Em outras palavras, as afasias causariam uma ruptura em um dos dois eixos e a *bipolaridade* – característica da linguagem normal – em que seleção e combinação estão intimamente vinculadas¹⁵, passaria a

ser *unipolar* nos afásicos (Fedosse, 2008). O autor salienta que, embora suas colocações sejam relativas aos casos puros, prevê a possibilidade de diferentes graus em que esses processos estariam comprometidos, o que permitiria explicar as várias formas possíveis de afasia. Nossa experiência com o estudo das afasias nos leva a crer que não existem “casos puros”, como os descritos na literatura, e os dados abaixo apresentados – de EV e de OJ – corroboram essa idéia. A polarização da semiologia em dois grandes grupos também pode ser rediscutida a partir da ND. As análises de episódios dialógicos têm revelado o que se entende ser a projeção de um eixo sobre o outro (Coudry, 2002), uma vez que uma unidade da língua (fonemas, morfemas, palavras, frases) só é selecionada no plano paradigmático em relação a um contexto sintagmático (o *morfema* é contexto para o *fonema*, a *palavra* para o *morfema*, a *frase* é contexto para a *palavra* e o *enunciado*, por sua vez, contexto para a *frase*) e, por outro lado, unidades da língua só são combinadas, sintagmaticamente, se operações de seleção forem realizadas. A ND, de certa forma, atualiza o modelo proposto por Jakobson e o expande, à luz dos conhecimentos advindos com o desenvolvimento da Lingüística, sobre o funcionamento da linguagem, principalmente o que se deu a partir dos anos 70, com as teorias pragmáticas e discursivas.

O objetivo de inserir alguns dados de situações dialógicas neste texto é, justamente, o de ilustrar e discutir as duas formas de afasias preconizadas por Jakobson. OJ, agramático, apresentaria, de acordo com o autor, dificuldades de combinação no eixo sintagmático. Sua produção é vista na literatura como *disfluente*, de estilo telegráfico. Em seus enunciados não aparecem palavras funcionais (artigos, preposições, conjunções) e nem flexões verbais (quando o verbo é selecionado, geralmente está na forma infinitiva). Podemos concordar com Jakobson, quando ele diz que se trata de uma dificuldade *predominante* de combinação. Entretanto, pode-se questionar se a dificuldade primária de OJ não seria justamente a de *selecionar* as palavras funcionais, sem as quais se torna mais difícil combinar os demais elementos (predominantemente substantivos, adjetivos e advérbios) em uma seqüência “gramatical”, que seja compreensível para o interlocutor. Isso explicaria, inclusive, a produção maior de pausas, hesitações, de repetições e a suposta disfluência desse tipo de afasia. Vejamos um dado de OJ¹⁶, que se

refere a um fato ocorrido durante as férias de 2007, quando sofreu um enfarte:

OJ: Janeiro. Catorze. Seis horas.

Irn: Seis da manhã ou da tarde?

OJ: Tarde.

Irn: E aí, o que aconteceu?

OJ: Dor. Dor. Muita dor!

Irn: Dor onde?

OJ: Peito. Frio. Muito frio. Hospital. São Sebastião do Paraíso.

Irn: Quem te socorreu?

OJ: Maria José.

[Mostra cicatriz no braço e no peito]

Irn: E aí? Precisou fazer cirurgia?

OJ: Amanhã. Ribeirão Preto.

Irn: Ah, no dia seguinte, foi para o Hospital em Ribeirão.

OJ: Isso.

As análises orientadas pela ND (Coudry, 1986/1988, 2002; Fedosse, 2008; Freire, 2005; Novaes-Pinto, 1999, dentre outros)¹⁷ nos levam, antes de mais nada, a observar o que está presente nos enunciados do sujeito e não apenas aquilo que foi omitido. Em outras palavras, concebemos a fala telegráfica como uma estratégia alternativa do sujeito para lidar com suas dificuldades de seleção e de combinação. Em geral, as análises orientadas pela ND visam explicar os fenômenos afasiológicos de acordo com as alterações lingüísticas mais predominantes (comprometimento dos diferentes níveis lingüísticos), sem recorrer à semiologia clássica ou re-significando os termos cristalizados, como *agramatismo* ou *jargonafasia*.

Apresentamos, a seguir, um dado de EV, quando conversa com a fonoaudióloga Isk¹⁸, para ilustrar o outro tipo de afasia de Jakobson, predominantemente de seleção (de *traços* para formar *fonemas*, de *fonemas* para formar *morfemas*, de *morfemas* para formar *palavras* e de *palavras* para formar *frases*)¹⁹:

mento Livre e Esclarecido, no qual afirmam estar cientes de que as sessões são gravadas em vídeo e posteriormente transcritas, analisadas e utilizadas em pesquisas, divulgadas em eventos científicos e em publicações da área. Todos os dados que constam deste artigo já foram apresentados em teses defendidas na área de Neurolingüística do IEL (Instituto de Estudos da Linguagem) ou como resultados parciais de pesquisas em andamento.

¹⁷ Os estudos orientados por uma visão discursiva (Coudry, 1986/1988), normalmente referem-se também ao quadro neurológico e neuropsicológico/neurolingüístico, uma vez que o sítio e extensão da lesão são importantes para a compreensão do caso e da afasia. Entretanto, a relação entre a lesão e os sintomas não é direta e o que está em foco é a descrição da língua(gem) do afásico e seus processos alternativos de significação.

¹⁸ Dado transcrito da tese de Doutorado de Novaes-Pinto (1999).

¹⁹ Novaes-Pinto (1999) questiona a transcrição deste dado, especificamente o fato de que a segmentação dos enunciados de EV em unidades como *palavras – arronjárdago, merrar, medjogo*, etc é uma interpretação feita pelo transcritor, que se baseou nas pausas ocorridas durante a produção oral. Este problema não será, entretanto, explorado neste trabalho e, a nosso ver, não compromete a análise que apresentamos.

¹⁵ Podemos dizer que quando selecionamos unidades (traços, fonemas, morfemas, palavras) em unidades maiores, o fazemos já tendo um contexto possível de arranjo, de combinação, assim como só combinamos elementos que tenham sido previamente selecionados. Os dois processos são apenas relativamente independentes. É neste sentido que falamos em *projeção* de um eixo sobre outro.

¹⁶ Os episódios abaixo foram retirados de sessões de grupo de afásicos realizadas no Centro de Convivência de Afásicos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Todos os sujeitos que freqüentam os grupos do CCA (Centro de Convivência de Afásicos) assinaram Termo de Consentimento

Isk: que que houve?

EV: *tô muito triste, não arronjárdago, to meu vá, muito merrarr só melhávada girre damedárre e ficando ma ve dano sacorro tute marrom de masson, muito tista.*

Isk: a senhora tá se sentindo muito sozinha...

EV: *faze nave, num tem mai dumilhade do que ai tem medjogo... finale non.*

Isk: hum...

EV: *num deixa eu sair eu tem medo domogaze*

Isk: a senhora fica...

EV: *eu quero morrer no terrão minha caseba morrava lá no merrarr da cidade era mia cola lá.*

Isk: sua casa...

. . . [corte no dado]

EV: *eu gosto*

Isk: acostumada no seu cantinho...

EV: *depois, assim não seja mais, arrejo mais, não renar, não poge não rer mair então, tudo que eu tirava na vida gostava ler dormir delhar meus relava di noite, gostar renadas e dorme domingada ilhó, não posso nava, tejo aguas e a ...*

Uma análise lingüística dos enunciados de EV evidencia as dificuldades que ela tem com o sistema da língua – não só de seleção, mas também de combinação de elementos fonético/fonológicos e morfemáticos, gerando enunciados muitas vezes ininteligíveis, como os que estão destacados em negrito no dado: arronjárdago, merrarr só melhávada girre damedárre, sacorro tute, dumilhade, medjogo, etc., exemplificando o que na literatura é chamado de *neologismo*. A frequência de ocorrência desses segmentos é que torna a fala muitas vezes ininteligível, o que a literatura tradicional chama de *jargão neologizante*.

A jargonafasia é caracterizada nos estudos tradicionais como o caso mais severo de afasia de compreensão. A presença de anosognosia: falta de consciência das dificuldades pelo sujeito – é vista como um sintoma co-ocorrente. Outros dados de EV mostram, entretanto, que em episódios dialógicos, embora alterada, a compreensão está melhor preservada do que nas tarefas metalingüísticas e que suas dificuldades parecem ser proporcionais à qualidade da interação nos processos dialógicos: quanto mais ela é incluída como sujeito na interação, menos jargonafásica; quanto mais alijada da interação, mais jargonafásica. Observa-se que EV respeita os turnos, mantém-se como interlocutora e adere aos temas propostos. Se analisarmos a estrutura dos neologismos, em relação ao resto do enunciado e ao contexto de produção, muitas vezes podemos reconhecer palavras ou o tema sobre o qual ela está falando. No último enunciado de **EV:** “*depois, assim não seja mais, arrejo mais, não renar, não poge não rer mair então, tudo que eu tirava na vida gostava ler dormir delhar meus relava di noite, gostar renadas e dorme domingada*”, podemos inferir que está comparando sua vida de agora (momento da entrevista) com a que tinha antes de ser tirada de sua casa.

Em geral, se diz que neste tipo de afasia o doente está “incanalizável”, mas isso se deve, principalmente, ao fato de serem analisadas exclusivamente ou preferencialmente situações de avaliação metalingüística, em que o sujeito não consegue engajar-se em tarefas de nomeação, repetição, leitura, ditado, cópia, dentre outras. Jakobson tem razão ao apontar os problemas com a seleção dos elementos, as substituições frequentes no eixo paradigmático, a produção de parafasias fonético/fonológicas e/ou lexicais/semânticas. Entretanto, não se pode desconsiderar que o arranjo no eixo sintagmático está também comprometido e é isso que causa o efeito de um jargão.

Destacamos a importância de esclarecer que as análises lingüísticas realizadas sob a orientação da Neurolingüística Discursiva podem se valer dos mecanismos explicativos propostos por Jakobson – de que as afasias seriam basicamente resultantes de dificuldades de seleção e de combinação de unidades lingüísticas –, mas permite que se ultrapasse ou que se amplie este modelo. Ao invés de nos centrarmos na análise de palavras isoladas e de sentenças (ou de orações), a ND se volta para a análise do *enunciado*, tal qual definido por Bakhtin (1997), como a *unidade real da comunicação*, e para os processos dialógicos, a fim de avaliar a linguagem em funcionamento. Dados que seriam descartados das teorias tradicionais, por se caracterizarem como variações individuais, são incorporados pelas análises da ND, já que dados singulares podem revelar indícios de processos que seriam mais gerais (Abaurre, 1996).

Considerações Finais

A necessidade de descrever e de nomear *sintomas* e de agrupá-los em *síndromes* ou *categorias clínicas* faz parte das preocupações das ciências da saúde. Entretanto, diferentemente do ditado popular que diz que: *uma doença nomeada é uma doença quase curada*, temos a forte convicção de que não é o fato de nomear uma forma de afasia (ou qualquer outra patologia) que vai garantir uma avaliação adequada acerca das alterações e, muito menos, a melhor condução do processo terapêutico. A ilusão do nome dá ao terapeuta (e também ao sujeito) uma espécie de *âncora*, uma metáfora utilizada por Oliver Sacks²⁰ (1997), mas é a visão mais abrangente e crítica do examinador/pesquisador e sua concepção de cérebro e de linguagem, que o orientarão para *ver* os fenômenos e buscar uma terminologia coerente.

Se, historicamente, as áreas de reabilitação têm feito uma colagem de categorias clínicas utilizadas pela área médica, torna-se premente rever não só a terminologia, mas também a metodologia de abordagem dos fenômenos, já cristalizadas na clínica, tanto para avaliar como para guiar as condutas terapêuticas.

As classificações das afasias, como vimos acima, estão diretamente relacionadas às concepções que se tem so-

²⁰ Em entrevista ao programa *Roda Viva*, da TV Cultura.

bre *cérebro e linguagem* e compreender tais concepções é fundamental para avaliar criticamente as classificações que emergem ao longo da história dos estudos afasiológicos, fortemente baseadas em dicotomias estruturalistas, nas quais a língua é vista como sistema autônomo, separada de seu uso efetivo. Respalgadas por um discurso de cientificidade, as orientações teóricas e metodológicas dos estudos sobre as afasias excluem das análises justamente os sujeitos – fato criticado desde os primeiros trabalhos de Coudry (1986/1988), pois concebem a linguagem desvinculada das atividades humanas.

A ND inclui nas análises das afasias justamente o sujeito e valoriza os dados singulares (Abaurre, 1996), que permitem visualizar o processo e como o sujeito se move na língua, como trabalha sobre os seus recursos para produzir a linguagem, uma atividade heterogênea e multifacetada. Ou seja, o modo como o sujeito lida com seus *déficits* é singular. Por isso podemos encontrar sujeitos com uma mesma lesão e com características linguísticas diferentes. Partindo de um pressuposto luriano de que as práticas sociais organizam o funcionamento cognitivo, podemos entender as variáveis encontradas entre os casos, o que ajuda também a compreender as dificuldades para agrupar os sujeitos e seus sintomas em categorias estanques. A partir do momento em que se olha *mais* para o sujeito afásico e *menos* para sua afasia, questionamos o excessivo peso que as classificações têm no contexto terapêutico.

Referências

- Abaurre, M. B. (1996). Os estudos lingüísticos e a aquisição da escrita. In M. F. Castro (Ed.), *O método e o dado no estudo da linguagem* (pp. 111-164). Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas.
- Albano, E. (2001). *O gesto e suas bordas*. Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Bakhtin, M. (1997). *Estética da criação verbal*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Broca, P. (1969). Remarques sur le siège de la faculté de la parole articulée, suivies d'une observation d'aphémie. In H. Hecaen & J. Dubois (Eds.), *La naissance de la neuropsychologie du langage* (pp. 108-123). Paris: Flammarion. (Original work published 1861)
- Coudry, M. I. (1986/1988). *Diário de Narciso: Discurso e afasia*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Coudry, M. I. (2002). Linguagem e afasia: Uma abordagem discursiva da Neurolingüística. *Caderno de Estudos Lingüísticos*, 42, 99-129.
- Damáio, A. (1997). What a difference a decade makes. *Current Opinion in Neurology*, 20, 177-178.
- Fedosse, E. (2008). Processos alternativos de significação de um sujeito afásico. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Fonseca, R., Parente, M. A., Cote, H., & Joannette, Y. (2007). Processo de adaptação da Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC – ao Português Brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 259-267.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Freire, F. M. (2005). *Agenda mágica: Linguagem e memória*. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Freitas, M. S. (1997). *Alterações fonoarticulatórias nas afasias motoras: Um estudo lingüístico*. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Gandolfo, M. (1996). *As margens do sentido*. São Paulo, SP: Plexus.
- Jakobson, R. (1954). *Lingüística e comunicação*. São Paulo, SP: Cultrix.
- Jakubovicz, R., & Cupello, R. (1996). *Introdução à afasia: Elementos para o diagnóstico e terapia* (6. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Lebrun, Y. (1983). *Tratado de afasia*. São Paulo, SP: Panamed.
- Lecours, A., Dumais, C., & Tainturier, M. J. (1987). Les aphasies. In M. I. Botez, *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement* (pp. 307-324). Montréal, Canada: Université de Montréal.
- Luria, A. R. (1976). *Basic problems in neurolingüistics*. The Hague, Netherlands: Mouton.
- Luria, A. R. (1984). *Fundamentos da neuropsicologia*. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.
- Luria, A. R. (1987). *Pensamento e linguagem*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mansur, L. L., & Radanovic, M. (2004). *Neurolingüística: Princípios para a prática clínica*. São Paulo, SP: Edições Inteligentes.
- Marie, P. (1994). The third left frontal convolution plays no spatial role in the function of language. In *Reader in the history of aphasia* (Vol. 4, pp. 231-241). Philadelphia, PA: John Benjamins. (Original work published 1906)
- Morato, E. (2001). Neurolingüística. In F. Mussalim & A. C. Bentes (Eds.), *Introdução à Lingüística: Domínios e fronteiras* (pp. 143-170). São Paulo, SP: Cortez.
- Novaes-Pinto, R. (1999). *A contribuição do estudo discursivo para uma análise crítica das categorias clínicas*. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Novaes-Pinto, R. (2008). *Dificuldades de encontrar palavras e produção de parafasias nas afasias e nas demências: Inferências para o estudo da organização e do acesso lexical*. Manuscrito não-publicado, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Ortiz, K. (2005). Afasia. In *Distúrbios neurológicos adquiridos* (pp. 47-65). São Paulo, SP: Manole.
- Porter, R. (1997). Expressando sua enfermidade: A linguagem da doença na Inglaterra Georgiana. In P. Burke & R. Porter (Eds.), *Linguagem, indivíduo e sociedade: História social da linguagem* (pp. 365-394). São Paulo, SP: Editora da Universidade do Estado de São Paulo.
- Sacks, O. (1997, 15 dez.). Entrevista. In *Roda viva* [Programa de televisão]. São Paulo, SP: TV Cultura.
- Santana, A. P. (2002). *Escrita e afasia*. São Paulo, SP: Plexus.
- Scarpa, E. M. (1995). Sobre o sujeito fluente. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 29, 163-184.
- Wernicke, C. (1994). Some new studies on aphasia. In *Reader in the history of aphasia* (Vol. 4, pp. 69-98). Philadelphia, PA: John Benjamins. (Original work published 1874)

Recebido: 28/04/2008
1ª revisão: 17/10/2008
2ª revisão: 27/11/2008
Aceite final: 28/11/2008