

# De como se tece uma clínica ou *O afásico na clínica de linguagem*

Maria Francisca Lier-De Vitto \*

**O afásico na clínica de linguagem.** Suzana Carielo da Fonseca. Tese de doutorado. Lael, PUC-SP – 2002.

Comentar o trabalho de Suzana Fonseca é uma tarefa fácil e, ao mesmo tempo, difícil. Fácil, na medida em que, no encontro com seu texto, o leitor se defronta com uma escrita que não é barroca, mas elegante, fluente e articulada, que permite, no contraponto com a complexidade das questões abordadas e discutidas com todo rigor de um *scholar* (que ela é), percorrer a argumentação da autora. A dificuldade reside no fato de que o leitor deve ter em conta que está diante de uma *obra*, ou melhor, diante de uma reflexão original, que condensa outras, desenvolvidas antes (Fonseca, 1995, 1998, 1999, 2000, entre outros). Suzana Fonseca introduziu novidade no campo dos estudos teóricos e clínicos sobre a afasia – o que exige atenção daqueles para quem a afasia não é questão fechada e que sempre se surpreendem com a clínica.

Volto-me, após essas pontuações iniciais, para *O afásico na clínica de linguagem*. Nesse texto, a autora começa por fazer um retorno aos principais estudiosos-médicos da afasia e realiza um levantamento extenso e atualizado da bibliografia fonoaudiológica sobre o assunto. Seu objetivo é apreender *modos de configuração da atividade clínica com pacientes afásicos*. Sua meta não é, porém, meramente expositiva; ao contrário, ela visa dar importância e consistência a suas afirmações de que 1) clínica médica e clínica fonoaudiológica não são passíveis de simetria, e que tal assimetria deve ser levada ao limite, deve ultrapassar o nível do puro reconhecimento da diferença, aliás largamente aceito; e que 2) a afasia, para um fonoaudiólogo, exige compromisso com a fala do paciente e compromisso com a linguagem e sua teorização.

A primeira questão não pode, na verdade, ser desligada da segunda, e esta última faz a ligação do trabalho, sob apreciação aqui, com outro, de sua autoria, *Afasia: a fala em sofrimento* (1995), em que Fonseca delinea o quadro teórico (verticalizado neste, mais recente), que constitui seu posto de observação e de leitura crítica. A causalidade cérebro-linguagem é ponto de partida e problema nodal da exploração minuciosa das conseqüências nefastas do raciocínio causal – obstáculo para discriminação discursiva e clínica entre os campos da Medicina e da Fonoaudiologia, vetor da naturalização do acontecimento sintomático de fala e da irrelevância a que foi (é) destinada a teorização sobre a linguagem. Fonseca mostra que, como na Neurologia, o cérebro é “o objeto”, é o mistério que interroga. Já a fala é reduzida (como não poderia deixar de ser) a mero *signal*, isto é, a comportamento desadaptado, desviante e motivado.

Foi, contudo, na própria Neurologia que a autora se deparou com trabalhos que qualificou como “*ilhas de resistência*” ao raciocínio causal, quais sejam: o de Jackson (1878) e seu paralelismo psico-físico e o de Freud (1891) – em sua monografia *A afasia*. Neles, um raciocínio lógico bastante diferente daquele presente nos estudos médicos clássicos é desenvolvido. Trata-se de um raciocínio que dilui a causalidade direta entre cérebro e linguagem, que coloca em xeque sua articulação simplista e que, por isso, alinha-se ao pensamento científico moderno, de índole galileana, ao abandonar o determinismo positivista pautado na relação entre eventos observáveis.

\* Professora titular da PUC-SP; docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (Lael/PUC-SP); coordenadora do Comitê de Pesquisa da Deric (PUC-SP).

Como aponta Fonseca, Freud postula um “aparelho de linguagem”, na qualidade de “concomitante dependente” ([1891]1987, p. 70). A autora se detém nessa expressão enigmática para mostrar que, com o termo “dependente”, Freud reconhece que *só há afasia se há lesão*, ou seja, ele não questiona a etiologia desses quadros. Mas, a “revolução” está em outro lugar: é induzida pelo termo “concomitante” – índice da impossibilidade de estabelecimento de relação causal direta entre domínios heterogêneos. Fonseca sublinha a subversão que essa palavra contém, ao indicar que, sob essa ótica, “o lingüístico não aparece como excrescência do cerebral”, mas ganha, ao contrário, pelas mãos de Freud, *funcionamento autônomo*: o “aparelho de linguagem” opera em *concomitância*, não é subordinado ao *aparelho cerebral* (mesmo admitindo mútua afetação).

Essa direção argumentativa foi acolhida pela autora e foi suficiente para o desenvolvimento da questão 2, acima enunciada. Ela lerá o *aparelho de linguagem* de Freud, munida do *aparelho* – a ordem própria da língua – proposto por Saussure (1916)<sup>1</sup>, que não é redutível a qualquer outra ordem (cerebral, social, cultural, etc.). Pois bem, Fonseca assenta posição teórica diante da causalidade e da linguagem e, uma vez teoricamente instrumentalizada, elabora um discurso sobre a afasia “como problema lingüístico para o sujeito”. A discussão não é encerrada em *Afasia: a fala em sofrimento*, é aprofundada em *O afásico na clínica de linguagem*, como mencionado acima.

Suzana Fonseca escreve, neste trabalho, uma resenha crítica que se pode dizer, sem risco de errar, única e definitiva, no sentido uma vez dado a “definitivo” por Eni Orlandi: um trabalho que marca lugar num campo, “marca” que não pode mais ser anulada. “Única”, também, porque efetivamente não há, na literatura sobre a afasia, uma resenha com a qualidade desta, realizada pela autora. Pode-se dizer ainda mais: é resenha, mas nos interstícios desse tecido crítico emergem perguntas e respostas próprias. Refiro-me ao primeiro capítulo de sua tese, em que as propostas mais representativas do campo da Medicina são visitadas com o objetivo de examinar a consistência (ou inconsistência) entre elaboração teórica e propostas de exercício clínico.

Para isso, Fonseca se faz acompanhar nada menos do que por Foucault (1980/1994), Canguilhem (1966/2000) e Allouch (1994/1995). A leitura de *O nascimento da clínica*, levou-a, por exemplo, a identificar na própria adjetivação da afasia como “motora”, “sensorial” e “de condução”, sua circunscrição ao domínio compreendido, por Foucault, como da “Medicina dos Órgãos”, uma vez que tais adjetivações referem a afasia a “órgãos comprometidos”. Sendo assim, ela detecta, já no nível da expressão ou da denominação de quadros afásicos, o sinal de uma redução da linguagem à função cortical, ou melhor, o reflexo externo de um cérebro lesionado – solo do aporte somático das afasias.

Essa situação é compreensível, diz ela, na justa medida em que, à época de Broca (1861) e Wernicke (1874), não se dispunha de recursos para avaliar os sintomas lingüísticos. Entende-se por que menção ao quadro sintomático se restringia a uma anotação intuitiva (pré-científica) de “distúrbio comunicativo”. Entende-se, pelo mesmo motivo, por que não há notícia, nessa literatura, de qualquer sugestão de procedimento de reabilitação da “função lingüística” prejudicada. Em consonância com esse aporte somático, não poderia mesmo fazer parte da arte do clínico, “técnicas que objetivassem a supressão do sintoma”. Ainda que essa observação possa parecer fora de propósito, já que a clínica médica não visa diretamente reabilitar a fala, ela é importante porque Fonseca indicará o momento em que os médicos começaram a idealizar testes para avaliar a linguagem e a propor técnicas para reabilitá-la.

Se, como mostra a autora, Broca ou Wernicke (e outros de sua época) concentraram sua argumentação nas disfunções estritamente orgânicas (no mapeamento do cérebro lesionado e na indicação de seus efeitos afásicos), essa situação se modificará com Jackson e Freud – neurologistas com inquietações filosóficas e clínicas –, que puderam delimitar domínios até então confundidos: Jackson separa a esfera mental/psicológica da cerebral e Freud, o domínio da linguagem do cerebral (como mencionei acima). O gesto desses autores não foi tomado, por Fonseca, como uma contribuição unicamente teórica para a reflexão sobre a afasia. Ela nos alerta

<sup>1</sup> Por Saussure, mas também outros autores forneceram bases para tomada de posição: Jakobson (1954; 1960), J-C Milner (1978), De Lemos (1992, 1995) e Lier-De Vitto (1994/1998).

para a “complexidade teórica” introduzida e para a “complexidade clínica” que dela advém: *complexidade teórica* porque a separação entre domínios “produz ruído” e obriga a uma mudança drástica de raciocínio sobre a causalidade; *complexidade clínica* porque o sintoma na fala passa a exigir teorização: uma vez que, distinguido, não recoberto pelo objeto da neurologia (o funcionamento cerebral), não pode ser explicado por ele. O sintoma na fala é destacado, recortado como problema “em si”.

Apesar de referir esse momento de transformação no pensamento sobre a causalidade cérebro-linguagem aos dois autores mencionados, Fonseca os distingue porque Jackson, apesar de separar domínios, se assume como médico e sustenta seu compromisso “com o corpo” (declaração dele). Jackson abre a discussão, mas se mantém na Neurologia. Por essa razão, ele não se autoriza a elaborar procedimentos para o tratamento do sintoma afásico. Canguilhem é trazido nesse ponto do trabalho – é ele quem afirma ter sido Jackson o primeiro a voltar sua atenção para o sintoma, afetação que o levou a enunciar o *paralelismo psicofísico*; dito de outro modo, ele foi o primeiro a destacar a afasia do funcionamento cerebral. A autora diz, então, que Jackson “dá a chave” para Freud: oferece a possibilidade de distinguir entre clínica médica e clínica de problemas “mentais” – o que sabemos que Freud realizará com a criação da Psicanálise (que, por sua vez, começa a ser gestada em sua monografia *A afasia*).

Suzana Fonseca, num dos momentos magistrais de seu trabalho, chama a atenção para o fato de que, ao mesmo tempo em que escrevia *A afasia*, Freud também refletia sobre a *histeria*. Ela discorre sobre o contraponto entre essas duas esferas de interesse de Freud e faz ver, com nitidez cristalina, que a monografia foi histericizada – afetada pela lida com as histéricas: embora se manifestem no corpo, os sintomas histéricos não são remissíveis a um problema orgânico. Para Freud, as *parafasias*, sintomas afásicos proeminentes, ocorrem com falantes normais – não lesionados. Em ambos os casos, vemos *o corpo* em questão, mas já distinguidos em corpo “que fala” e corpo orgânico.

Essa questão relativa ao problema da determinação sintomática é explorada intensamente no âmbito da afasia pela autora. Ela mostra, nesse caminho, que no “aparelho de linguagem”, de Freud, está o germe do conceito de sobredeterminação, mais precisamente, no modo de esse aparelho “as-

sociar associações” – modo esse de postulação de um determinismo próprio ao psiquismo. Fonseca pontua, porém, que a monografia de Freud é um empreendimento teórico, do qual ele não retira qualquer proposição sobre uma clínica das afasias (médica ou não) e acrescenta que “se uma clínica da afasia *não* nasce aí, a referida monografia fecha a porta para a clínica médica e deixa um espaço a ser pensado *para outra clínica*”. O que ela sugere é que, se Freud cria a Psicanálise – que, em parte, tem seu berço em *A afasia* –, esse campo, não pôde recolher o afásico, dada exatamente a “regra fundamental” de que depende a clínica psicanalítica – a *associação livre*. A exclusão de certos afásicos dessa clínica deixa, sem dúvida, aberta a porta para o nascimento de outro espaço clínico – aquele que, mais tarde, será ocupado pela Fonoaudiologia.

É certo que Goldstein (1948/1950) e Luria (1947) procuraram configurar esse espaço no interior do campo médico – ambos se movimentaram na direção da Psicologia e, talvez por isso, nos diz Fonseca, puderam propor uma *clínica de reabilitação* da afasia, uma *clínica de reeducação da fala*, como quis Goldstein. Ambos ignoraram as considerações de Jackson e Freud relativamente à causalidade, quer dizer, a idéia de “funcionamentos – cerebral e da linguagem – concomitantes”. Mas Fonseca não deixa ponto sem nó: ela assinala enfaticamente que se vê brotar, nessa proposta, uma terapêutica em que a linguagem volta a ser naturalizada, exatamente porque novamente reduzida à função cerebral. A autora retira, nesse momento, uma conseqüência importante – a de que uma *clínica de reeducação* se sustenta na manutenção da idéia de que linguagem é comportamento e na manutenção da causalidade mecânica no nível da ação clínica.

Por esse motivo, pontua ela, essa reeducação se erige sobre uma inconsistência lógica, por ser expressão de “uma fratura entre causalidade epistemológica e causalidade terapêutica”, ou seja, entre teoria e clínica (não há, do ponto de vista teórico, a possibilidade de se pensar em reeducação – o sintoma só desaparece se houver recuperação espontânea do cérebro) – razão, segundo ela, de essa clínica ter sido abortada no espaço da Medicina e ter vingado em lugares em que o rigor da consistência científica entre teoria e procedimentos clínicos foi menos exigido: nos Centros de Reabilitação da Afasia, motivados, após a Segunda Guerra Mundial, por questões clínicas, quer dizer, pela

demanda de “reabilitação” de feridos de guerra. Suzana Fonseca localiza nesses Centros, que reúnem profissionais de diferentes campos – neurologistas (Eisenson, 1954, entre outros), psicólogos (Wepman, 1951, entre outros), psiquiatras, fonoaudiólogos (Schuell, 1965) e lingüistas (Jakobson, 1954) –, o surgimento de enfoques interdisciplinares sobre a afasia, até então sob domínio exclusivo da Neurologia. Essa expansão atestada será tematizada e questionada quanto a eventuais “ganhos ou perdas” – momento de preparação para a parte propositiva de seu trabalho.

No capítulo 2, ela sustenta que nem a “reabilitação”, concebida no âmbito interdisciplinar, poderia ser concebida como um campo de investigação científico, nem a propagada postulação de interdependência entre as referidas disciplinas pôde ser (de fato) atingida, uma vez que a Neurologia – seu suporte teórico-clínico – é reificada no lugar de mestre. As considerações psicológicas, lingüísticas e mesmo sociológicas mesclam-se no processo terapêutico – mescla impeditiva de um questionamento a respeito de procedimentos utilizados. Mescla que, afirma Fonseca, tem inviabilizado a instituição de um campo teórico motivado pela fala afásica. A direção tem sido, de fato, outra: parte-se de aportes teórico-clínicos diversos para o espaço do atendimento de afásicos. Basso (1977) e Schuell (1965/1976) são trazidas como exemplares dessa constituição problemática de clínica por terem cedido, segundo a autora, ao fascínio da Neurologia. Elas mantiveram, irremediavelmente, a fala identificada a comportamento desadaptado, a ser readaptado.

Fonseca sublinha, então, o resultado: a discussão sobre reabilitação passa a girar em torno de *metodologias, técnicas e da eficácia de sua aplicação* – um indicador forte do afastamento de uma reflexão teórica sobre a fala e a linguagem. Complica-se, desse modo, a possibilidade de uma circunscrição específica, impulsionada por interrogações suscitadas pela fala do afásico, pelo afásico e sua demanda. Se, diz ela, a meta é ortopédica, fica-se diante de um impossível – o ajustamento da afasia a um padrão ideal –, como testemunha a clínica. É exatamente nesse momento do trabalho que ela deixa entrever sua direção: direção clínica subjacente às críticas que faz, que pode ser resumida na afirmação de que, sob a égide da determinação orgânica da afasia a instruir a técnica, “o sujeito perde a vez e a voz”. Fonseca acrescenta que é em sua “voz sem vez” (na do afásico) que se apóiam

propostas de reeducação, resumidas em “manuais e guias”. Mas, assinala a autora, esses procedimentos condensados dão lugar para práticos, ou seja, para que leigos (voluntários) treinados possam conduzir o tratamento de afásicos. Assim, conclui a autora, que um efeito dessa clínica de redução de perfil interdisciplinar é grave a *diluição da clínica* e, acima de tudo, da *figura do terapeuta*.

Tendo apresentado o cenário dos estudos teóricos e clínicos sobre a afasia, o terreno está preparado para o plantio. Suzana anuncia sua proposta e a desenvolve criteriosamente. Ela quer uma outra clínica: aquela que dê “voz e vez” à “fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito” – uma clínica que teorize sobre a fala e que contemple a singularidade do falante; que respeite a heterogeneidade no (e de cada) caso; que não apague a necessária articulação entre teoria e atos clínicos; e que sustente a figura do terapeuta. Trata-se de circunscrever (e ela realiza) uma clínica não confundida com “reeducação”. Ela insiste que esse empreendimento não dispensa teoria – seu ponto de ancoragem e de construção de uma *escuta clínica para a fala*.

Nos capítulos 3 e 4, a diferença que ela marca começa já na recomendação a respeito da condução das *entrevistas*. Suzana Fonseca propõe que o afásico seja convocado *de início* (e não um informante), levando em conta a questão central da subjetividade. O afásico é chamado “a falar”, com as condições de fala que tem, é chamado a ocupar a cena em que será protagonista. Quanto ao clínico, ele é, *de início*, colocado diante da complexidade que deverá enfrentar, sem mediação. A autora adverte, porém, que tal procedimento é indicação, ele não é imperativo – é “recomendação”, uma vez que não dispensa a heterogeneidade exigida no manejo de sua implementação. Dito de outro modo, há manejo porque o procedimento *não é uma norma*: ele prevê a necessária consideração de caso a caso (a insistência de um familiar; o consentimento ou a resistência do afásico). Importa, diz ela, que o clínico não perca de vista que seu compromisso é, antes de tudo, com o afásico e sua fala. Sendo assim, é a ele que a palavra (e a escuta) do terapeuta deve ser dirigida desde o primeiro encontro. Para que o afásico “tome a palavra” (vez), ela deve ser concedida pelo clínico. Na proposta da autora, as entrevistas têm funções claras: garantir o espaço clínico para o afásico e, de forma correlata, comprometer o terapeuta com seu paciente (com sua queixa, seu silêncio, sua fala desarranjada).

Quanto ao momento da *avaliação de linguagem*, passo seguinte da instância diagnóstica, Fonseca marca posição. Afirma que a escuta do terapeuta sofre um deslocamento: fica submetida ao drama de uma fala. Note-se que, se falas afásicas são reconhecíveis direta e imediatamente como destroçadas, ininteligíveis ou ininterpretáveis (o que poderia fazer supor a irrelevância desse passo diagnóstico), para a autora, o clínico não pode considerar suficiente essa apreensão de patologia (e nem se contentar com o laudo médico de que há lesão cerebral). Como sempre, essa afirmação tem, no caso de Fonseca, razões teóricas e clínicas. Vejamos como a autora desenvolve a argumentação: cabe ao clínico de linguagem, diz ela, ultrapassar os efeitos imediatos de uma fala – deve saber que sob o efeito de patologia pulsam singularidades, diferenças que não se recobrem e que sua apreensão é fundamental para uma decisão sobre a direção do tratamento. Por esse motivo, ela sugere que a *avaliação da linguagem* seja gravada, para ser lida depois. Momento em que escuta e leitura se imbricam e criam as condições para a produção de um “dizer sobre a fala” – um dizer sobre a natureza de suas composições, lacunas e hesitações, sobre os fragmentos de constelações imaginárias que perpassam aquela fala.

Mas, reitera a autora, para que o encontro com a fala possa ser promotor de um “dizer sobre” a singularidade de uma organização significativa – um diagnóstico – a exigência de filiação teórica é incontornável. De fato, é preciso responder a certas questões: “o que é fala para o terapeuta? como ele concebe a linguagem e a relação do falante com ela, com sua fala e a do outro?”. As repostas de Fonseca são claras: a fala é lugar de desencontro – ou melhor, nela o sujeito se apresenta (sempre) como sujeito não-coincidente consigo porque, na fala *a língua* se movimenta – esse Outro com o qual ele nunca fará Um. Foi mesmo Saussure quem disse que “nada existe ... de coletivo na fala” e escreveu:  $(1 + 1' + 1'' + 1''')$  ... – (1916, p. 28), inscrevendo, nessa fórmula, a irreduzível singularidade de cada falante em sua relação com uma língua. Ora, essa filiação está enunciada e presente em cada passo da proposta da autora, que insiste na importância da escuta para a fala do *afásico* (cada afásico). Para Suzana Fonseca, é preciso, na clínica que propõe, desvelar singularidades: a lógica única de uma fala, na instância da avaliação da linguagem. Assim, para fazer um diagnóstico que possa orien-

tar o tratamento, deve-se prolongar o instante fugaz e perturbador da escuta “em cena”, das primeiras cenas. Na leitura do material, pode-se articular, sustenta ela, “o sinto-mal do paciente e a interpretação do terapeuta – síntese do nascimento de uma clínica e norte para o tratamento”.

Neste trabalho, cuja originalidade transparece a cada passo, a *terapêutica* vincula-se ao processo diagnóstico a partir de uma base comum a todas instâncias: “deixar falar o paciente”, ceder-lhe *vez* (como sujeito) e *voz* (como falante). Mas terapia implica interpretação e, aí, novo deslocamento do clínico: sua fala é ato, ela adquire função de incidência, mas é fala determinada pela escuta, e ambas decorrem da trama significativa. Por essa razão, “o quê” e “como” interpretar não se enunciam numa lista – não há regra ou norma para interpretar (ética mesma da interpretação), mas há suporte e direção para a interpretação: os efeitos do diagnóstico e a condição essencial de que ela não produza efeito disruptivo, que a interpretação não retire o paciente da condição de falante, quando ele procura sustentá-la. Dizendo em outras palavras, cada caso é um caso, mas a interpretação do clínico, segundo Fonseca, *não é livre, espontânea*; sua fala só será “interpretação” se for teoricamente sustentada e submetida aos efeitos singulares de uma fala. A configuração de uma clínica de linguagem com afásicos fica assim estruturada, mas não unicamente no campo discursivo. Suzana Fonseca ilumina ou dá animação à sua proposta teórico-clínica para atendimento de afásicos com a apresentação e a discussão de casos clínicos e impulsiona uma transmissão.

Eu não diria que sua tese fecha um todo e encerra a discussão sobre o atendimento de afásicos. Ao contrário, ela instiga o leitor, e não me parece impróprio dizer que, para um fonoaudiólogo, este trabalho se oferece ao debate precisamente por expor, sem disfarces ou ocultação, uma proposta de clínica com afásicos. Estou certa de que é discussão o que Suzana Fonseca espera, por saber, que, para ela, o mais importante é que os afásicos sejam os beneficiários do trabalho de pesquisadores e de clínicos. Não foi outro o motor de seu caminho acadêmico. Quanto a mim, que comento seu trabalho nesta revista e que acompanhei a realização de *O afásico na clínica de linguagem*, encerro com umas poucas palavras: com meu reconhecimento à autora pelo privilégio das discussões que ela instigou e com um cumprimento pela excelência do

resultado. Meu retorno ao seu trabalho acentua, a cada vez, a confiança, nunca abalada, de que o compromisso maior de Suzana Fonseca é com os afásicos.

## Referências

- Allouch J. Letra a letra: transcrever, traduzir, transliterar. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; (1994/1995)
- Basso A, De Renzi E, Faglioni P. Il paziente afasico: guida pratica alla riabilitazione. 2ª ed. Milano: Feltrinelli; 1977.
- Broca P. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie. Bull Soc Anat 1861;2: pags
- Canguilhem G. O normal e o patológico. São Paulo: Forense Universitária; (1966/2000).
- Eisenson J. Examining for aphasia. New York: Psychological; 1954.
- Fonseca SC. Afasia: a fala em sofrimento [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
- Fonseca SC. Lesão x sintoma: uma questão de causalidade, em DELTA 1998;14(2):pags
- Fonseca SC. A instância clínico-terapêutica da fonoaudiologia. In: Freire RM, organizadora. Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2000. [Seminários de debates, 3]
- Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; (1980/1994)
- Freud S. La afasia. Buenos Aires: Nueva Vision; (1891/1987).
- Goldstein K. Transtornos del lenguaje. las afasias: su importancia para la medicina y la teoria del lenguaje. Barcelona: Científico Médica; 1948.
- Jackson JH. On affections of speech from disease of the brain. In: Jackson JH. Selected writings. London: Hodder and Stoughton; 1878/1932. v.2
- Jakobson R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: Linguística e comunicação. São Paulo: Cultrix; 1954/1988.
- Lemos CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. Substratum 1992;1(1):pags.
- Lemos CTG. Língua e discurso na teorização sobre aquisição da linguagem. Letras Hoje 1995;30(4):pags.
- Lier-De Vitto MF. Os monólogos da criança: delírios da língua. São Paulo: Educ; 1994/1998.
- Luria AR. A afasia traumática. Mouton: The Hague; 1947.
- Milner JC. O amor da língua. Porto Alegre: Artes Médicas; 1978/1987.
- Saussure F. Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix; 1916/1991
- Schuell H. Afasia en adultos según Schuell: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Chicago: Editorial Panamericana; 1965/1976.
- Wepman JM. Recovery from aphasia. New York: Ronald; 1951.
- Wernicke C. The symptom complex of aphasia. In: Cohen R e colaboradores. A psychological study on an anatomical basis ... Boston: Editora; 1874.