

Considerações sobre o jargão na clínica de linguagem com afásicos*

Rafaela D. Oliveira**

Juliana Marcolino***

Resumo

O jargão ou estereotipia é uma das características da afasia. Pode-se dizer que o jargão é definido por segmentos de fala, em sua maioria ininteligíveis, que o paciente repete sempre que enuncia. O objetivo deste trabalho é caracterizar a fala jarganofásica de duas pacientes afásicas, a partir de uma proposta alternativa, a qual não está submetida ao raciocínio orgânico, enfatizando a relação entre sujeito-fala e seus efeitos. Os resultados mostram que a paciente M. não tem prejuízos com o laço social, ela utiliza gestos e se posiciona como falante; a paciente L. fica presa ao jargão e o diálogo não progride. A presença de jargão não torna os casos semelhantes e, nem tampouco, caracteriza um único tratamento. O tratamento deve priorizar a relação sujeito-língua, ou melhor, a posição do afásico na linguagem.

Palavras-chave: afasia, linguagem, jargão, compreensão, distúrbios da fala.

Abstract

The jargon is characterized by fragments, segments of speaking that the patient repeats every time he speaks. The goal of this study is to characterize the speech with jargon in two patients with aphasia. We will show an alternative proposal which is not submitted to organic rational. The speech of two aphasic patients with jargonaphasia was observed to emphasize the relationship between subject-speech and its effects. The results show that the patient M. remains in the social bond, she uses gestures and has the speaker position; the patient L. is attached to the jargon and dialogue can not proceed. The presence of jargon doesn't characterize a unique treatment. The treatment must evaluate the relationship between subject-language, in other words, the aphasics' position in language.

Keywords: aphasia, language, jargon, comprehension, speech disorders.

Resumen

La jerga o estereotipia es una de las características de la afasia. Se puede decir que la jerga es definida por seguimiento del habla, en su mayoría ininteligibles, que el paciente repite siempre que habla. El objetivo de este trabajo es caracterizar el habla jerganofásica de dos pacientes afásicas, a partir de una propuesta alternativa que no está sometida al raciocinio orgánico pero enfatiza la relación entre sujeto-habla y sus efectos. Los resultados muestran que la paciente M. no tiene daños en el vínculo social, utiliza gestos y se posiciona como hablante; la paciente L. queda prisionera de la jerga y el

* Trabalho realizado na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus Irati- PR. ** Fonoaudióloga graduada na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). *** Fonoaudióloga, Mestre e Doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP. Professora colaboradora da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) - Departamento de Fonoaudiologia.

diálogo no avança. La presencia de lo jargão no torna las casos semejante y, tampoco caracteriza un único tratamiento. El tratamiento debe privilegiar la relacion sujeto-lengua, o mejor, la posición del afásico en el lenguaje.

Palabras claves: *afasia, lenguaje, jerga, comprensión, trastornos del habla.*

Introdução

A presença do jargão ou estereotipia na fala pode, muitas vezes, caracterizar um tipo de afasia (Code, 1989). Uma definição generalizada do termo é o que se vê, via de regra, na literatura. Não há, portanto, um olhar que esclarece a natureza do jargão na afasia. Alguns autores, como Robson et. al. (2003), preferem utilizar o termo “não-palavras”.

O jargão é descrito por fragmentos, segmentos de fala que o paciente repete quase todas as vezes que oraliza. Assim, o discurso não avança porque o paciente parece ficar “preso” na repetição desses segmentos ininteligíveis. Diante de fragmentos de sons ininteligíveis, o outro não é capaz de interpretar a fala jargonafásica, impedindo, na maioria das vezes, o diálogo. É uma produção incompreensível da linguagem com erros fonológicos, semânticos ou presença de neologismos (Rohrer et. al., 2009). Há fluência verbal, pois não há problemas apráxicos nem articulatórios; espontaneidade verbal, já que não há demora em responder, nem em iniciar a fala; presença de uma logorréia, isto é, o ritmo da fala é mais rápido do que o normal (Jakubovicz e Cupello, 2005). Geralmente, pacientes com jargão apresentam fala fluente e pouca compreensão. Entretanto, podem aparecer em outros tipos de afasias, como o caso relatado por Iizuka et. al. (2004). Os autores descrevem um caso de uma senhora com lesão direita frontoparietal e uma fala não-fluente jargonafásica. Shibata et. al. (1993) também relatou um caso de afasia com distúrbio de compreensão e repetição, jargão na fala fluente com muitas parafasias e paragrafias após lesão temporo-parietal direita. Eles sugerem que o hemisfério direito e esquerdo estão funcionando de modo invertido quanto à dominância da linguagem.

Nagai et. al. (2005) introduzem uma classificação para o jargão ao relatarem dois casos. Se a fala do paciente apresenta, aproximadamente, 90% de palavras reais com clareza sintática, mas sem sentido, denomina-se como “jargão diferenciado”. Se a fala do paciente possui, aproximadamente,

90% de alterações fonêmicas ou os fonemas estão aglutinados, não dividindo as palavras, denomina-se como “jargão indiferenciado”. E, ainda, se a fala jargonafásica não se assemelha a esses dois tipos anteriores, denomina-se de “jargão diferenciado moderado”.

A estereotipia verbal também pode ser identificada como um jargão, pois é caracterizada por “repetições perseverativas e involuntárias de um determinado comportamento, que podem ocorrer na comunicação oral e/ou gráfica” (Ortiz, 2005). Como apontou a autora, o sujeito responde com uma mesma resposta para estímulos diferentes, independente de sua vontade. Pode ser ocasionada por sequência fonêmica ou grafêmica sem um significado.

Segundo Ishara (2005), o jargão é definido como uma característica de lesões posteriores e como um neologismo (palavras que não são reconhecidas como produções de uma língua). Ou seja, Ishara (2005) chama a atenção que o jargão é considerado pela literatura como não-palavras, o que exclui qualquer tipo de análise. Por isso, são raros os trabalhos sobre o tema, pois esse tipo de acontecimento é descartado pelo clínico ou pesquisador. Interessante, é que a autora reconhece no jargão o funcionamento da linguagem, a partir das reflexões de Coudry (2000) e Scarpa (2003). Ela observa que aspectos prosódicos, fonológicos e morfológicos participam da estruturação da fala jargonafásica.

Se a definição é encontrada na literatura com certa facilidade, a explicação para a ocorrência do jargão nos trouxe grandes dificuldades. Isso porque, raros são os trabalhos que abordam o tema. A seguir, de modo sucinto, esclarecemos esta problemática.

Goodglass e Kaplan (1996), renomados neurologistas nos estudos das afasias, propuseram uma classificação nosológica que contempla seis tipos de afasias. Interessante notar que a presença do jargão, ou melhor, de sons e sequências sem sentidos estão presentes em quatro tipos clínicos.

Na Afasia de Broca, a incapacidade de emitir sons voluntariamente transforma as tentativas de oralização em emissão de uma mesma palavra ou sílaba sem sentido; na Afasia de Wernicke, o excesso de parafasias pode produzir um jargão; na Afasia Sensorial Transcortical, os pacientes podem oferecer respostas sem significados nas provas de nomeação e, na Afasia Global, em algumas vezes, estes pacientes produzem expressões estereotipadas que consistem em palavras reais ou sem sentido.

Vê-se que jargão pode estar presente por uma lesão no lobo frontal, como ocorre na Afasia de Broca; por um problema na compreensão auditiva, no caso de uma Afasia de Wernicke; por separação entre o sistema linguístico e outras áreas corticais, como na Afasia Sensorial Transcortical; ou pela incapacidade em produzir sons verbais voluntários na Afasia Global.

Isso quer dizer, sob a vertente organicista, o jargão pode ser um sinal de uma alteração tanto na expressão quanto na compreensão. Focamos a distinção expressão X compreensão, pois o próprio autor, Harold Goodglass (1993), diz que estes dois termos funcionam como um “primeiro corte” no diagnóstico da afasia. Isso porque, essas categorias indicam se a lesão cerebral é anterior ou posterior à fissura rolândica.

Podemos enfatizar que a “explicação causal”¹ entre lesão cerebral e sintoma linguístico, amplamente divulgada na afasiologia, não consegue esclarecer a natureza do jargão. Não, de fato, nem uma explicação causal nesta perspectiva. Diante desse quadro, recorreremos aos trabalhos da Neuropsicologia e Neurolinguística para apreender uma explicação sobre a fala jargonafásica.

A Neuropsicologia é um campo apoiado nas ciências biológicas, especialmente a Neurologia e, na Psicologia Cognitiva (Mansur e Radanovic, 2004). Inicialmente, os estudos neuropsicológicos correlacionavam, por um viés localizacionista, funções mentais e regiões cerebrais especializadas, numa tentativa de “mapear” o cérebro. A partir da década de 50, os estudos neuropsicológicos se aproximaram da Psicologia Cognitiva, mais especificamente da teoria de processamento da informação e do conexionismo, culminando em “novas” explicações sobre o funcionamento mental. (Kristensen et.al., 2001). Desde então, a

Neuropsicologia é uma ciência que busca definir e explicar as relações entre as bases biológicas e psicológicas do comportamento humano, não se restringindo apenas aos processos patológicos.

A Neurolinguística é um desdobramento da Neuropsicologia, pois compartilha com os mesmos pressupostos, mas com o foco voltado para o estudo da linguagem (patológica ou não). Os estudos que se destacam nessa área discutem quadros afásicos. A partir do sintoma na linguagem, modelos teóricos (como o conexionismo) sobre a relação cérebro-mente-linguagem foram construídos (Cruz, 2004).

Segundo Code (1989), um neurolinguísta, a produção da jargonafasia pode ser uma incapacidade de auto-monitoramento dos pacientes, os quais são incapazes de uma associação entre o som e o significado. Esses pacientes podem ter dificuldades em acessar a representação fonológica, podem produzir neologismo, sons bizarros e sem sentido. A noção do gerador de morfema randomizado, proposta pela Neuropsicologia, explica a produção de neologismo. Por exemplo, se um paciente não for capaz de recuperar a forma fonológica da palavra, esse gerador pesquisa, sem sucesso, outras palavras. Há evidência que esse gerador é um componente normal da cognição humana. É importante notar que o gerador manipula o material fonológico dissociado do significado (Code, 1989).

Outra proposta do mecanismo da produção do jargão é explicada por uma falha na associação entre a seleção lexical e a forma fonológica. O jargão está presente quando os pacientes necessitam participar do discurso (Code, 1989).

A explicação da Neurolinguística é caracterizada por uma falha mental. Nesse sentido, é o sujeito epistêmico – que controla e seleciona a representação fonológica – que está em jogo. Cabe enfatizar que não há uma explicação linguística para o jargão, há um problema cognitivo.

Se a afasia instaura uma dupla perturbação (uma cerebral e outra linguística), cabe ao fonoaudiólogo produzir um dizer sobre a linguagem, sobre o sintoma linguístico (Fonseca, 2002; Arantes, 2001). Vimos que o linguístico e o sujeito (falante) são marginalizados nas explicações sobre o jargão. Nenhum autor deixa ver que a natureza desse fenômeno é linguística. Pode-se, portanto, afirmar que a adesão ou submissão ao raciocínio médico/

¹ Remetemos o leitor à tese de doutorado de Suzana Carielo da Fonseca (2002), intitulada “O afásico na clínica de Linguagem”. A autora problematiza a relação entre lesão cerebral e sintoma na linguagem.

organicista impede qualquer mediação teórica sobre a linguagem e sobre o sujeito.

Este trabalho discute a fala jarnofásica de dois pacientes afásicos, a partir de uma perspectiva alternativa. Partimos, então, das reflexões dos pesquisadores do Projeto “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”², cujos pressupostos são filiados ao *Interacionismo* em Aquisição de Linguagem, proposto por Cláudia Lemos (a partir de 1992), e à Psicanálise.

Sob esta ótica alternativa, há implicação das *leis de funcionamento da língua* a que todo acontecimento linguístico deve ser referido (Saussure, 1916/1989). Mais que isso, o sujeito não é aquele que se apropria da língua por mecanismos cognitivos, ao contrário, o sujeito é efeito de linguagem, ou seja, que emerge na cadeia significante (De Lemos, 1997).

Dessa forma, organismo e sujeito apresentam determinações diferentes, onde o sujeito é efeito da linguagem, e não do funcionamento orgânico. Sujeito e fala se ligam por meio da língua, numa relação singular.

O empenho do Projeto, referido acima, é oferecer uma definição positiva sobre o efeito e uma qualificação para as falas/escritas sintomáticas, sustentando uma posição que interroga a especificidade do material (Lier-De Vitto, 2004).

O sintomático não é sinal observável, apreensível, como uma característica para descrever a fala e encaixá-la em uma categoria ou tipo clínico (Arantes, 2001). A reflexão sobre sintoma na fala, impulsionada por Lier-De Vitto, aproxima-se do conceito de sintoma na Psicanálise, mas diferenças são marcadas. Não há dúvida que o sintoma na fala tenha como efeito um sofrimento, como é na Psicanálise. A questão é que as direções de tratamento e a demanda do sujeito para uma clínica e outra não coincidem (Arantes, 2001; Marcolino, 2004).

No caso das afasias, as pesquisadoras (Fonseca 1995, 2002; Landi 2000; Marcolino, 2004; Tesser, 2007; Tumiati, 2007; Guadagnoli, 2007) partem das seguintes premissas: o compromisso do fonoaudiólogo é com a fala do paciente; há língua em “operação” na fala afásica; o afásico não “perdeu” e nem “está fora” da linguagem.

Este trabalho tem o objetivo de caracterizar a fala jarganofásica de duas pacientes afásicas, a

partir de uma ótica que articula a Linguística (estruturalismo europeu) e a Psicanálise (hipótese do inconsciente). Ainda, encaminharemos uma discussão que percorrerá as seguintes questões: Qual é a relação do sujeito com a fala jargonafásica?; Qual é o efeito da própria fala na escuta do paciente? Qual é o funcionamento linguístico que explica o aparecimento desse sintoma? Essas questões serão respondidas a partir da análise de dados.

Material e método

Participaram deste estudo dois pacientes afásicos, ambos do sexo feminino, com 53 e 65 anos de idade. As duas pacientes são atendidas pelo Projeto de Extensão “Atuação Fonoaudiológica em pacientes com doenças neurológicas”, coordenado pela Profa. Ms. Juliana Marcolino, na Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus Irati- PR.

O primeiro caso trata-se da paciente M., a qual sofreu Acidente Vascular Encefálico (AVE), com lesão frontoparietal esquerda há, aproximadamente, quinze anos. Ela mora em zona rural e não conhecia o trabalho fonoaudiológico para a reabilitação da afasia, o que justifica a demora para procurar esse tipo de serviço. M. compareceu acompanhada de seu esposo, o qual respondia todas as perguntas dirigidas à paciente, afirmando que M. “quer falar” (SIC-esposo) e que “as pessoas tem dificuldade de entender o que a paciente diz e, por isso, ela quer falar de maneira que as pessoas a compreendam” (SIC-Terapeuta). Nota-se que a queixa não foi enunciada pela paciente. Na entrevista, ela apenas concordou com a fala do marido. Apesar das dificuldades, M. é bastante ativa, realiza tarefas do lar e gosta de participar das rodas de conversa com chimarrão todos os dias (sic-esposo).

Na época em que a paciente sofreu o AVE, ela não conseguia falar e nem andar: “se apoiava e se arrastava para tentar andar” (SIC-marido). Hoje, ela já movimentava o braço direito que estava paralisado, mas a dificuldade na fala permaneceu do mesmo modo. A paciente foi encaminhada para tratamento fonoaudiológico somente em 2006.

O segundo caso é o da paciente L. que sofreu um AVE em dezembro de 2006, apresentando uma lesão frontoparietotemporal no hemisfério esquerdo, além de uma paralisia no braço direito e

² CNPq 522002/97-8, coordenado por Maria Francisca Lier-De Vitto e Lúcia Arantes no LAEL/PUC-SP e DERDIC

hipertensão arterial, ficando internada por 10 dias, necessitando o auxílio de cadeiras de rodas. Ela é viúva e mora com a sua filha. Durante o dia, ela assiste televisão e não realiza outra atividade. L. iniciou o atendimento fonoaudiológico em agosto deste mesmo ano. Na entrevista, a paciente entrou sozinha na sala de atendimento, a pedido da terapeuta. Já na recepção, a filha de L. disse “ela não fala nada” (SIC-filha). No final da sessão, a filha entrou para relatar as dificuldades da mãe. L. com gestos consegue enunciar uma queixa, mostrando a região da boca e pescoço, lamentando-se pelo ocorrido.

Os materiais utilizados foram: gravador digital e gravação em fita de vídeo. As sessões foram gravadas com autorização dos pacientes. A pesquisadora realizou a transcrição ortográfica das sessões gravadas, sendo os fragmentos selecionados pela pesquisadora, a partir de critérios como, presença significativa de jargão e diferentes efeitos na escuta do paciente e do terapeuta promovidos pelo sintoma na fala.

O que direcionou essa análise foram os seguintes aspectos: as principais características da fala da paciente; os efeitos da fala da terapeuta na paciente; os efeitos da fala afásica no próprio paciente e o efeito da fala da paciente na terapeuta.

Este trabalho foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, através do protocolo nº 156/2006, o qual foi analisado e aprovado. Os pacientes e seus terapeutas, participantes da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando em consonância com a resolução 196-96.

Resultados e discussão

Caso 1: M.

a) Características da fala de M.

Durante avaliação, observou-se que M. apresenta uma fala jargonafásica, com a repetição preservada, apesar da apraxia de fala. A paciente não apresenta dificuldade de compreensão da linguagem e suas respostas são apoiadas na melodia e gestos. M. não foi alfabetizada.

Vejamos um fragmento de sua fala:

(1)

T: as peçinha?

P: um...otadoto (fazendo gestos com as mãos)

T: bastante

P: anã

T: o qui qui é bastante dona M.?

P: otadoto

b) Efeitos da fala da terapeuta na paciente

Pode-se dizer que as duas pacientes respondem a fala do outro com jargões, acompanhados por gestos e mudança na prosódia. Entretanto, a posição de falante, ou melhor, o modo como cada uma responde à fala do outro é singular e nos faz refletir sobre a compreensão para a fala do outro.

No caso M., apesar de a resposta ser uma fala jargonafásica, o que colocaria em dúvida a compreensão da paciente, a sustentação do “sim” e do “não” com gestos de cabeça retira qualquer dúvida em relação a isso. Quando a paciente percebe que não esta sendo compreendida pelo outro, utiliza gestos como uma tentativa de se fazer compreender pela terapeuta. Assim, ela não aceita qualquer interpretação da terapeuta e insiste numa outra interpretação. Ela sustenta o seu lugar de falante na escuta. É o que pode ser visto no fragmento (2).

(2)

T: fez pão ou não?

P: (Movimento de cabeça indicando não)

T: não fez pão?

P: a-a-amanhã (sorrindo)

T: amanhã?

P: ãhã

T: ai que ótimo, hum. E bolo, qual que a senhora gosta mais de fazê?

P: in-untadato

T: bastante?

P: ãhã (Movimento de cabeça indicando sim)

T: então amanhã a senhora vai fazê bolo?

P: (Movimento de cabeça indicando não) Pão

T: pão, ah! Vai fazê pão amanhã?

Vemos que M. consegue produzir algumas palavras, o que permite que o diálogo avance a partir da fala da terapeuta. Chama atenção que os sons “untadato” e “otadoto” contaminam sua fala, dando-lhe a característica de jargão. Apesar da dificuldade na fala, a terapeuta pode lhe dar “vez e voz” na linguagem porque há um “corpo que fala”. Isto quer dizer que este corpo insiste como linguagem e pede uma interpretação. Ou seja, este corpo, na falta ou falha de oralidade, sustenta e se sustenta na escuta (Vasconcellos, 1999).

Fazem eco, ainda, as palavras de Lier-DeVitto:

“[O afásico fica] entre uma escuta presa no imaginário da língua constituída e o corpo que falha, que é movimentado pelo jogo simbólico/relacional

da língua numa 'subversão posta em ato' (Felman, 1990) [...] o corpo falante parece dramatizar uma contradição: a da dominância do simbólico sobre o imaginário nas falas afásicas e a dominância do imaginário sobre o simbólico na escuta" (2003: 238-239).

c) Relação com a própria fala

No que diz respeito da relação do sujeito com a própria fala, no primeiro caso, a insistência de se fazer compreender com gestos aponta um sujeito que escuta que a própria fala "não faz texto", em expressão Lemos, (2002) e, por isso, aposta num corpo que fala, como o fragmento a seguir.

(3)

T: que mais que podia ter mais lá de flor? Tem mais dona M.?
P: atadotoda
T: tem?
P: uhum (movimento de cabeça indicando sim)
T: na frente da casa
P: atadotodata (fazendo movimento com os braços)
T: na frente e atrás da casa
P: (movimento de cabeça indicando não) hum
T: só na frente?
P: âhã (movimento de cabeça indicando sim)

O caso M. deixa ver um sujeito que diante da fala sintomática, faz gestos e sustenta uma a posição de falante.

Cabe enfatizar que M. desistiu do tratamento, ainda em seu início, o qual não se configurou com um pedido de ajuda (demanda) ao terapeuta. Devemos considerar que M. fala com o corpo e sustenta seu dizer desta maneira há quinze anos.

d) Efeitos da fala de M. na terapeuta

Sobre o efeito da fala na terapeuta, em ambos os casos, as terapeutas apresentaram dificuldades em entender a fala das pacientes. No primeiro caso, a terapeuta pode interpretar a fala de M. porque aceita como "fala" a mudança da curva melódica e seus gestos. A riqueza melódica e os gestos da paciente tem o efeito de "um texto" para a terapeuta. Por estes dados, dá para entender como a paciente participa, diariamente, de rodas de conversa com chimarrão, o que é uma tradição da região em que mora. Ela compreende e consegue comunicar o essencial com gestos, consegue dizer sim ou não com mudanças na entonação.

Caso 2: L.

a) Características da fala de L.

Durante avaliação, foi possível observar que a paciente apresenta compreensão intermitente. Ou seja, ela compreende parcialmente a fala da terapeuta. Muitas vezes, sua expressão era de dúvida sobre o que a terapeuta lhe pedia. Ela lê somente algumas palavras, apesar de ter sido alfabetizada. O uso de gestos no diálogo é restrito, com pouca mudança de entonação na fala. Ela não consegue repetir. L. tem apraxia severa de fala e de órgãos fonoarticulatórios. Vejamos dois fragmentos que caracterizam sua fala:

(4)

T: tava com dor na garganta?
P: é
T: tomo remédio?
P: taran (movimento de cabeça indicando sim)
T: ah, e já tá melhorando?
P: taranran
T: fica apertando a garganta?
P: taran
T: mais ainda tá ou não?
P: taran
T: ainda tá um pouco?
P: taran

b) Efeitos da fala da terapeuta na paciente

No caso L., é necessário que a terapeuta solicite que a paciente faça gestos, pois a mesma responde somente com a fala jargonofásica. Não há, neste caso, mudança de prosódia ou gestos. A paciente L., ainda, não recusa a interpretação da terapeuta, pois ela sempre diz "sim" com meneio de cabeça. Diante disso, temos duas possibilidades, sendo que uma não exclui a outra: (a) a paciente possui dificuldades de compreensão; (b) o corpo também está "preso" ao jargão e, por isso, esse corpo fala com perseverança, sempre fazendo "sim". É o que mostra o fragmento:

(5)

T: que novela será que a senhora assiste? Aquela das 6? Eterna magia?
P: tran (movimento de cabeça indicando sim)
T: ou não, e a das 7 da record?
P: tran (movimento de cabeça indicando sim)
T: qual que mais gosta? A das 7 ou das 6?
P: taran (movimento de cabeça indicando sim)
T: qual?
P: tarantaran

e solicita o atendimento é o seu marido. Durante a entrevista, M. não mostrou sofrimento com sua fala. Ela fala com o corpo e o diálogo progride. Já no segundo caso, há outra direção de tratamento: L. deve ter “vez e voz” na linguagem.

A presença do jargão não torna os casos semelhantes e, nem tampouco, caracteriza um único tratamento. O tratamento deve priorizar a posição do afásico na linguagem. Temos, portanto, posições e tratamentos diferentes.

Referências

- Arantes, L. Diagnóstico na clínica de linguagem [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
- Code C. The characteristics of aphasia. London: Taylor & Francis; 1989.
- Coudry MIH. A linguagem em funcionamento na afasia. Letras Hoje 2000;125:449-55.
- Cruz FM. Da relação entre a linguagem e memória: implicações para a neurolinguística. Estud Linguist 2004;33:601-6.
- De Lemos C. Processos metafóricos e metonímicos: seu estatuto descritivo e explicativo na aquisição de língua materna. In: The Trento Lectures and Workshop on Metaphor and Analogy; 1997. [Inédito].
- Fonseca SC. Afasia: a fala em sofrimento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
- Fonseca SC. O afásico na clínica de linguagem [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
- Goodglass H. Understanding aphasia. California, US: Academic Press; 1993.
- Goodglass H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y trastornos relacionados. Bernardos MLS, Del Viso E, Garcia-Albea JE. [adapt. espanhol Testes de Boston]. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
- Guadagnoli CF. A relação oralidade x escrita na clínica de linguagem com afásicos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
- Iizuka O, Suzuki K, Fujii T, Endo Y, et al. Broca aphasia with neologisms. No To Shinkei 2004;56(7):593-7.
- Ishara C. “Palavras” e “não-palavras” na jargonafasia. Estud Linguist 2005;34:1146-51.
- Jakubovicz R, Cupello R. Introdução à afasia: diagnóstico e terapia. 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- Kristensen CH, Almeida RMM, Gomes WB. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. Psicol Reflex Crit 2001;14(2):259-74.
- Landi R. Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
- Lemos MT. A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem. Campinas, SP: Mercado das Letras; 2002.
- Lier-De Vitto MF, Arantes L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. Letras Hoje 1998;33(112):65-71
- Lier-De Vitto MF. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: Araújo, NV, organizador. Corpolingüagem: gestos e afetos. Campinas, SP: Mercado de Letras; 2003. p.233-45.
- Lier-De Vitto MF. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. Letras de hoje 2004; 39 (3): 47-60.
- Lier-De Vitto MF, Fonseca S, Landi R. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. Rev Kairos 2007;(10):19-34.
- Mansur LL, Radanovic M. Neurolinguística: princípios para a prática clínica. São Paulo: Ed. Inteligentes; 2004.
- Marcolino J. A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.
- Nagai C, Takeda T, Yoshizawa H, Iwata M. Outcome of differentiated jargon and related lesions. No To Shinkei 2005;57(6):500-7.
- Ortiz KZ, organizador. Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição. Barueri, SP: Manole; 2005.
- Robson J, et al. Phoneme frequency effects in jargon aphasia: a phonological investigation of nonword errors. Brain Lang 2003;85:109-24.
- Saussure F, Bally C, Sechehaye A, organizadores. Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix; 1989.
- Rohrer JD, Rossor MN, Warren JD. Neologistic jargon aphasia and agraphia in primary progressive aphasia. J Neurol Sci 2009;277(1-2):155-9.
- Scarpa EM. Aquisição, afasia e hierarquia prosódica. Cad Est Linguist 2003;(40):61-76.
- Shibata M, Seno H, Ishino H. Crossed aphasia in a dextral patient: a case of sensory aphasia due to a right hemispheric lesion. No To Shinkei 1993;45(6):571-6.
- Tesser E. Reflexões sobre diálogo: sobre efeitos da clínica de linguagem com afásicos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
- Tumiate CF. Considerações sobre o agramatismo: seus traçados e tropeços. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
- Vasconcelos R. Paralisia cerebral: a fala na escrita [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.

Recebido em outubro/08; **aprovado em** abril/09.

Endereço para correspondência

Rafaela D. Oliveira
Rua Monte Alegre, 984
São Paulo – SP
CEP 05014-001

E-mail: rafaeladelfrate@yahoo.com.br