



Enfª Teresa Branco,

Enfª Especialista em Reabilitação
Serviço de Urologia do Hospital de São José
t.f.branco@gmail.com

Enfº Diogo Guerreiro ^{MT},

Enfº Especialista em Reabilitação
Serviço de Neurocirurgia UCI do Hospital São José
torradoguerreiro@gmail.com

A Pessoa Afásica e a Reabilitação

RESUMO

Abordar as questões cerebrais é algo de complexo e fascinante, e apesar de nos levar a um mundo amplamente desbravado por diversas personalidades, continua a suscitar o nosso interesse.

Designa-se por Afasia a alteração da comunicação resultante de uma lesão cerebral, cujas manifestações se fazem sentir a vários níveis: verbal, gestual, visual e gráfico.

As tentativas frustradas de comunicação repercutem-se negativamente na vida da Pessoa podendo-a levar à depressão.

Actualmente é possível o enfermeiro especialista em reabilitação ajudar a minorar o impacto psicossocial resultante da perturbação da linguagem assegurando o processo comunicacional da pessoa afásica com a família, através das técnicas terapêuticas existentes.

O presente artigo pretende abordar a temática da Pessoa com Afasia e as respectivas intervenções de enfermagem.

AFASIA

"A Afasia é a perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processamento da linguagem." (CALDAS, 2000, p. 164, 165). Estas estruturas ou centros da linguagem localizam-se no hemisfério cerebral esquerdo. A lesão cerebral que afecta estes centros pode ser um traumatismo craniano, tumor cerebral e lesão vascular, nomeadamente ao nível da artéria cerebral média esquerda.

PARÂMETROS QUE PERMITEM CLASSIFICAR AS AFASIAS

A avaliação inicial da pessoa afásica é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e definição das intervenções terapêuticas. Segundo Hoeman (2003, p. 602-603):

"uma avaliação de enfermagem exaustiva, sob um ponto de vista holístico, no que diz respeito à comunicação, inclui informação relativa à história de saúde, estágio de desenvolvimento do utente, competências cognitivas e de comunicação prévias e competências de comunicação actuais (...) inclui a avaliação da linguagem, cognição, pragmática e da fala"

Assim, a avaliação de uma afasia é feita essencialmente por 4 provas: Análise do discurso (Fluência); Nomeação e Repetição; Compreensão auditiva verbal. Como complemento o enfermeiro deverá ainda fazer uma breve avaliação das capacidades de Leitura e de Escrita.

ANÁLISE DO DISCURSO (Fluência)

A análise do discurso faz-se a partir da produção espontânea da pessoa. Para desencadear a produção do mesmo, o enfermeiro deve perguntar dados da sua biografia, ou da sua história clínica ex: Que idade tem? Qual a sua profissão? Porque veio ao médico?

O discurso pode ser classificado em Fluente ou Não Fluente. O discurso diz-se Fluente quando é produzido sem esforço. As frases apresentam comprimento, débito, melodia e ritmo normais, ou seja, se o enfermeiro se abstrair do conteúdo informativo transmitido e valorizar apenas a forma do discurso, este parece normal. Segundo Leal (2003, p. 137-138) "muitas vezes os discursos são vazios, isto é, as palavras produzidas não veiculam informação - praticamente não contêm palavras com significado. Há erros na estrutura gramatical - tempos verbais incorrectos, uso inadequado de palavras"

Dentro do discurso fluente, a pessoa pode apresentar vários tipos:

Discurso jargão	Caracteriza-se pela presença de parafasias semânticas (ex: braço por perna) e de neologismos (ex: gasteiro por jardineiro)
Discurso com predominio de parafasias	Caracteriza-se pela presença de parafasias semânticas, literárias ou fonológicas (quando há transposição, omissão ou adição de sons, ex: peixe por xeipe; homem por home; macaco por matakaco)
Discurso circunlóquio	Caracteriza-se pelo uso exagerado de palavras como forma de suprir a falta de nomes
Predomínio de pausas anômicas	Caracteriza-se pela existência de pausas frequentes e uso de palavras tais como "coisa", "aquilo" para descrever a função do objecto (ex: aquela coisa que serve para escrever)
Ocorrência de parafasias	Caracteriza-se pela presença de palavras mal produzidas.

No discurso Não-Fluente a pessoa não consegue ou tem dificuldade em falar. O discurso é produzido muito lentamente, com esforço e é constituído sobretudo por substantivos isolados, frases curtas e com erros gramaticais. Segundo Leal (2003, p. 137) "o discurso não fluente é lento, laborioso e produzido com esforço, com emissão, sobretudo, de palavras com significado: nomes e verbos de acção. As frases são curtas e há defeitos de articulação, alterações do ritmo e da melodia"

Neste tipo de discurso, pode identificar-se vários graus de defeito, nomeadamente:

Mutismo	Caracteriza-se pela inexistência de palavras. O processo comunicacional faz-se através dos gestos, do olhar ou da escrita.
Emissão de um estereótipo	Caracteriza-se pela emissão da mesma frase, o mesmo som ou a mesma palavra (ex: bom dia; pão/mão; olá)
Produção de palavras ocasionalmente correctas	Caracteriza-se pela emissão de palavras correctas, sobretudo as de conteúdo emocional (ex: meu amor) e automático (ex: vai-te embora).
Frases telegráficas	Caracteriza-se pela emissão de palavras sem elementos de ligação ou partículas gramaticais (ex: hoje ir shopping noite mulher).
Disartria	Caracteriza-se pela adição, omissão ou substituição de alguns sons.

NOMEAÇÃO - Para avaliar a capacidade de nomeação o enfermeiro deve mostrar alguns objectos simples, conhecidos e pedir que nomeie o seu nome, como um lápis, um relógio, uma carteira. Se a pessoa apresentar dificuldade na nomeação, poderá ajudar iniciando a palavra (lá...) quando lhe mostra o objecto ou verbalizar uma frase incompleta para que a pessoa complete com o nome do objecto (ex: desenhei com o)

REPETIÇÃO - Para testar a capacidade de repetição, o enfermeiro deve começar por pedir à pessoa que repita palavras curtas (lápis, copo, faca), números (um, cinco, duzentos) posteriormente palavras mais compridas (avioneta, autocarro, cabeleireiro) e por fim frases (amanhã vou ao cinema, o céu está nublado).

COMPREENSÃO AUDITIVA VERBAL - Deve solicitar-se a realização de algumas actividades (ex: abra a boca, feche os olhos, feche o livro). Se a pessoa responder a ordens simples, o enfermeiro deve aumentar a complexidade das ordens, passando para resposta em duas etapas (ex: aperte a minha mão e toque a perna). Deve ainda fazer perguntas de resposta sim/não (ex: a janela está aberta? os peixes andam na água?).

O enfermeiro deve ter cuidado para não fornecer indicações não verbais, ou seja, quando pergunta se a janela está aberta, não deve olhar para ela.

É igualmente importante estar atento ao comportamento da pessoa quando lhe pede que realize algumas actividades (ex: abra a boca), uma vez que a resposta incorrecta a ordens simples pode ser devido a apraxia (incapacidade para programar uma sequência de movimentos), e neste caso preciso apraxia buço-facial.

LEITURA - Antes de proceder à avaliação da capacidade de leitura, o enfermeiro deve saber junto da família, se a pessoa é analfabeta ou utiliza óculos para o fazer.

Numa folha de papel, o enfermeiro deve escrever com letra maiúscula e bem legível algumas palavras (ex: bola, anel, copo) e pedir à pessoa que verbalize onde está escrito cada uma das palavras, ou então agarrar no objecto e pedir-lhe que aponte no papel o nome correspondente ao mesmo. Ultrapassada esta prova, deve dificultar-se a actividade escrevendo perguntas de resposta sim/não (ex: hoje está a chover?) e pedir que leia uma notícia de jornal. Para testar a capacidade de compreensão da leitura, deve fazer algumas perguntas relativamente ao que a pessoa leu (ex: se a notícia refere que a taxa de juro vai subir em 2010) o enfermeiro deve questionar: O que vai subir? Quando vai subir?

Os afásicos não-fluentes podem compreender o que está escrito mas não conseguem ler alto, enquanto que os afásicos fluentes podem conseguir ler alto mas não compreender.

ESCRITA - Para avaliar a capacidade de leitura, o enfermeiro deve pedir à pessoa que escreva o seu nome (a maioria dos afásicos conseguem fazê-lo, pois é quase uma actividade automática), escreva algumas palavras por ditado (ex: mala, bota, escova) e posteriormente se tiver sucesso nesta actividade pode escrever uma frase por ditado (ex: fui ao parque com os meus filhos) e, por fim, que escreva espontaneamente uma frase.

A avaliação cognitiva deve contemplar a avaliação da vigília, concentração, memória recente e retrógrada, formação de conceitos e funções de execução. Assim o enfermeiro deve dirigir a sua atenção para os seguintes aspectos: estado de consciência (está desperta, tem

capacidade para fixar a sua atenção, reage aos estímulos externos, demonstra comportamentos de orientação), concentração (distrai-se com facilidade, é capaz de se concentrar, necessita de reorientação frequente), memória recente (estado de orientação da pessoa, capacidade de aprender nova informação) memória retrógrada (é capaz de se lembrar do que já aprendeu), formação de conceitos (demonstra um pensamento concreto, é capaz de se abstrair, interpreta incorrectamente), funções de execução (é capaz de estabelecer os objectivos da comunicação, e de tomar decisões relativas à comunicação) Hoeman, (2003).

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

Consoante a localização da lesão cerebral nas diversas estruturas responsáveis pelo processamento da linguagem, assim se determina quais as funções comprometidas e o tipo de afasia daí resultante.

Os diversos tipos de afasia classificam-se de acordo com os critérios de fluência, compreensão, nomeação e repetição.

O seguinte quadro caracteriza os vários tipos de afasias tendo em conta os referidos critérios.

Dos vários tipos de afasia abordaremos os três mais frequentes: a afasia de Broca, a afasia de Wernicke e a afasia Global.

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA AFÁSICA

A capacidade de comunicar é uma das características chave que nos distingue como humanos.

Através da comunicação, expressamos as nossas ideias, desejos e necessidades, desenvolvemos relações com a família, com os amigos e com a sociedade. Contudo, a Pessoa afásica pode ficar limitada na sua participação familiar, social e profissional pelas dificuldades a nível da compreensão, expressão, leitura e na escrita.

Nesse sentido, as intervenções de enfermagem junto da pessoa afásica têm como objectivo ampliar as capacidades diminuídas, maximizar os recursos e minimizar o impacto psicossocial.

Segundo Lhermitte (1986) citado por Sousa (2009, p.27) "a reeducação de uma afasia é em grande medida marcada pela adaptação ao próprio paciente, aos seus hábitos profissionais e culturais, à sua família, ao meio em que está inserido, à sua personalidade e idade".

A participação familiar, parece-nos ser um valor estruturante no "desenhar" do plano de reabilitação de forma a obter por parte da pessoa e da família, ajuda para a gestão do seu processo adaptativo.

A reabilitação do afásico, mais do que um momento ou uma acção, deve ser um processo permanente de ajuda e descoberta de soluções e de novas adaptações, onde seja possível uma interacção positiva entre ela e o ambiente. Caso contrário, o percurso da reabilitação iniciada no hospital, que inclui uma vasta sequência de processos apreendidos e treinados e de consciencialização progressiva, é interrompido e consequentemente assiste-se a um retrocesso no processo de recuperação da pessoa.

Assim, é importante que o Enfermeiro conjuntamente com a equipa interdisciplinar esclareça a família/cuidador informal relativamente ao défice de comunicação da pessoa e às consequências que este possa produzir no seu comportamento, forneça informação relativa às formas de a ajudar e à família/cuidador a comunicar através de comportamentos facilitadores da comunicação.

Algumas pessoas afásicas apresentam défices motores severos que dificultam o processo linguístico e comunicacional. Nestes casos a pessoa e a família/cuidador devem recorrer aos sistemas de comunicação não verbal, nomeadamente: uso de cadernos com símbolos (pode ser feito pelos próprios), cadernos com elementos mais representativos (objectos, fotografias, imagens representativas dos actos da vida quotidiana), pictogramas; combinação de símbolos pictográficos (semelhança com o objecto que representa ex: cadeira, casa...) e ideográficos (sugerem o conceito que representam ex: sentimento).

Embora na área interventiva muito já tenha sido investigado e analisado, debruçamo-nos apenas sobre o modelo interventivo de Tissot por o considerarmos o mais adequado.

Tissot, refere que "a obtenção da confiança do paciente e de seu meio é uma condição sine qua non de qualquer terapêutica fonoaudiológica" (1986, p.5).

Para esta autora, os meios pedagógicos têm vital importância na reeducação da linguagem da pessoa afásica, nomeadamente os manuais cujas imagens são agrupadas sobre diferentes critérios, e que permitem uma excelente correspondência entre imagens e palavras, e os que permitem trabalhar através de imagens, verbos passivos e activos, adjectivos, sinónimos, antónimos, noções de espaço e tempo, conceitos concretos e abstractos. Realça ainda a importância da utilização de manuais escolares ricos em exercícios de vocabulário, gramática, leitura, ditado e aritmética, bem como os livros de histórias e de jogos educativos.

Tipo de Afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Broca	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Anómica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical Sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical Motora	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
Transcortical Mista	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Global	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Surdez Verbal Pura	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

Fonte: Caldas, 2000, p.175

COMPORTAMENTOS FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO

- Utilizar temas espontâneos de comunicação com significado para o utente, ou que tenham uma utilidade imediata.
- Comunicar, usando frases curtas mas frequente são mais eficazes.
- Adiar a comunicação se o utente está cansado ou aborrecido.
- Encorajar a utilização de gestos e de outras formas de comunicação quando as verbalizações do utente não são compreendidas.

Quando a produção da comunicação está perturbada, mas a compreensão está preservada

- Permitir que o utente comunique por si só. Dar-lhe oportunidade para ser o primeiro a falar, dando-lhe o tempo de que necessita.
- Encorajar todas as tentativas de verbalização reforçando as tentativas e o esforço. Encorajar o discurso automático ou a imitação (p. ex., orações, respostas sociais como "olá."). Encorajar o canto se o utente gostar de cantar.
- Utilizar o falar para si próprio (p. ex., falar acerca da actividade que se está a realizar).
- Utilizar o discurso paralelo (p. ex., descrever em voz alta a actividade que o utente está a realizar com a enfermeira).
- Utilizar a expansão, o que acrescenta substância à frase (p. ex., juntar à frase "beber água", "Quer beber um copo de água?").
- Prestar muita atenção à comunicação.
- Nas situações de disartria, encorajar o utente a dizer uma palavra de cada vez, pronunciando todos os sons, realçando as consoantes. Estimular o utente a falar mais alto.
- Reagir através de manifestações físicas ou verbalizações para transmitir a compreensão das verbalizações.
- Assumir alguma da responsabilidade pela má compreensão da comunicação.
- Não interromper enquanto o utente está a tentar comunicar, a menos que aquele fique frustrado. Só nesta altura interpretar ou substituir palavras.
- Encorajar a utilização de frases curtas, palavras curtas ou verbalizações lentas se o utente está irritado ou fatigado ou se a expressão por meio de palavras não é compreendida (Piotrowski, 1978).
- Permitir enganos. Só corrigir o utente ocasionalmente, se claramente necessário. Não insistir para que cada palavra seja pronunciada correctamente.
- Se o utente está a ter dificuldades com a palavra, utilizar "pistas" (p. ex., pronunciar a primeira sílaba da palavra), fazer com que o utente repita a palavra após o interlocutor dizer uma frase aberta no final (não concluída), para que o utente tente preencher o espaço, ou escrever a palavra para que o utente a leia (Norman & Baratz, 1979).
- Pedir para repetir as frases ou para as reformular se não foram compreendidas.
- Ser um bom modelo de comunicação para o utente imitar quando estiver a sentir dificuldades.

Quando existe um défice de compreensão ligeiro (como qualquer afasia ou aprosódia)

- Providenciar um ambiente calmo, aquando da comunicação pessoa a pessoa, pelo menos inicialmente. Desligar a televisão e o rádio. Retirar os objectos e equipamentos desnecessários do campo visual do utente.
- Primeiro, captar a atenção do utente. Fazer com que ele olhe para a pessoa com quem vai comunicar. Caso se distraia, voltar a dirigir a sua atenção para o parceiro de comunicação (Norman & Baratz, 1979).
- Falar lenta e distintamente, utilizando pausas naturais. Utilizar instruções simples e/ou explicações. Utilizar gestos e mímica em conjunto e ao longo das frases.
- Utilizar questões simples e directas que podem ser respondidas numa palavra ou frase curta. Utilizar o gesto e a mímica a acompanhar as questões verbais.
- Reforçar as respostas adequadas.
- Dizer ao utente quando não é compreendido. Colocar questões simples e gesticular e apontar, sistematicamente, até conseguir descobrir o aspecto em causa.
- Não elevar a voz se o utente não compreende ou ~~compreende~~ mal. Informar o utente que ocorreu uma má compreensão e reformular a frase. Tentar utilizar o gesto e a expressão facial. Não demonstrar uma

Os métodos audiovisuais, segundo a mesma autora, parecem ser um auxílio fundamental. Contudo requerem algum cuidado na sua utilização, nomeadamente o texto deve ser lido duas a três vezes, lentamente, e a projecção de imagens devem permanecer o tempo suficiente para que possam ser apreendidas.

REEDUCAÇÃO DA AFASIA DE BROCA

Uma vez que a pessoa com afasia de Broca pode apresentar vários tipos de defeito, tais como: distúrbios de articulação; expressões estereotipadas e dificuldades de leitura, escrita e cálculo, a reeducação da linguagem passa essencialmente pela interdição das estereotipias motoras e posteriormente, trabalhar a linguagem e a articulação.

Relativamente aos exercícios de linguagem segundo a autora citada anteriormente, devem reportar-se ao recurso a fórmulas automáticas da vida quotidiana (ex: bom dia; olá; obrigado...). Posteriormente o enfermeiro deve procurar reaparecer o vocabulário usual valendo-se de imagens isoladas, que podem ser agrupadas por campo semântico ou por fonemas (Tissot, 1986).

Segundo Tissot (1986) as palavras devem ser introduzidas em frases curtas de forma a que a pessoa perceba o contexto, as imagens dos adjectivos devem ser anudadas aos pares (ex: alto-baixo; feio-bonito...) e logo que possível devem ser associadas as actividades de leitura e escrita. Sendo que a leitura inicialmente deve ser praticada de modo global e só depois se deve proceder à decomposição em letras isoladas, e a escrita deve começar com a cópia de palavras e posteriormente sob a forma de ditado.

À medida que se vai verificando progressos na linguagem, é necessário proceder a uma fase de reeducação exaustiva que pode ser longa. Progressivamente devem introduzir-se exercícios de livros de gramática tradicional; de conjugação mais complexos, com base em livros audiovisuais da língua e no gravador; leitura de textos longos; escrita sob ditado; conversação e escrita espontânea.

Durante a execução destes exercícios, o enfermeiro deve trabalhar igualmente a articulação, sendo importante a realização de exercícios labiais, linguais e de expressão facial.

EXERCÍCIOS ACTIVOS

Faciais Emocionais-Miméticos



Comprimir as pálpebras com força



Sorrir



Cerrar os dentes



Franzir a testa



LINGUAIS

- Colocar a língua de fora
- Tocar com a língua na face interna da cavidade oral direita e esquerda alternadamente;
- Tocar com a língua no palato

Quando a pessoa atingir um nível satisfatório de articulação, é fundamental iniciar-se de uma forma tranquila, a leitura de poemas e textos cantados.

REEDUCAÇÃO DA AFASIA DE WERNICKE

Neste tipo de afasia a linguagem caracteriza-se pela presença de parafasias, ou seja, a pessoa aparenta ter perdido o controle da manipulação dos traços pertinentes dos fonemas e do seu uso implícito em ordens e séries, impedindo a diferenciação dos significantes entre si (ex: rato-pato-saco). Segundo Tissot (1986) a reeducação destas pessoas tem como objectivo restabelecer a correspondência entre os sons que a pessoa emite sem dificuldade e as formas vocais correspondentes com os respectivos símbolos gráficos.

Deverão ser trabalhadas também as noções de tempo e espaço, recorrendo a objectos para as noções espaciais e a história com imagens sequenciais para as noções temporais. É importante que a pessoa tome consciência da sucessão lógica dos acontecimentos e os consiga interligar. Posteriormente, o enfermeiro deve iniciar a etapa da repetição para que a pessoa consiga eliminar as parafasias. Das palavras monossilábicas, deverá passar gradualmente aos polissílabos, sendo conveniente a sua fragmentação e posterior correspondência de um significado a cada sílaba.

Para superar as paralexias e as paragrafias, o enfermeiro deve exercitar a leitura em voz alta e a escrita sob ditado, aumentando a sua complexidade. A última etapa corresponde à narração de acontecimentos da vida diária, notícias de jornais e revistas.

REEDUCAÇÃO DA AFASIA GLOBAL

Antes de iniciar a reeducação da linguagem, é fundamental que o enfermeiro obtenha a atenção da pessoa e desperte nela sentimentos de confiança e desejo de colaboração.

Segundo Tissot (1986, p.12) "os primeiros exercícios referem-se à manipulação adequada dos objectos e à sanção dos estereótipos". Estes exercícios deverão inicialmente ser realizados por imitação, ou na inviabilidade do mesmo serem apenas observados. É importante que estes exercícios sejam acompanhados de algumas informações verbais curtas e pronunciadas lentamente.

Quando já consegue manipular os objectos de forma espontânea e correcta, devem ser iniciados os exercícios de associação e agrupamento, com o objectivo de reestruturar o campo semântico. Se a pessoa superar estas provas, deverá introduzir-se posteriormente exercícios simples como a nomeação de objectos e, depois, ordens simples. Segundo Tissot (1986, p. 14) "a possibilidade de vencer as estereotipias, uma designação possível de objectos e imagens, um potencial de classificação reactivo que testemunha a capacidade de se servir da função simbólica, a execução correcta de ordens simples (...)" comprovam que a afasia total foi superada.

CONCLUSÃO

Os problemas da comunicação, nomeadamente as afasias e a disartria são consideradas, a par das alterações motoras, das questões mais complexas e limitantes para a pessoa que sofreu lesão cerebral, podendo estender-se a cerca de 50% dos sobreviventes (Wade, 1986).

A avaliação inicial é crucial, não só para a classificação do tipo de afasia, mas também para a apreciação do desempenho da pessoa nas diferentes provas e consequentemente na instituição do plano terapêutico adequado.

São vários os modelos de intervenção cujos objectivos são ajudar a pessoa a superar os défices e a ultrapassar os óbices com que se depara.

No domínio da reeducação da afasia, fazemos alusão ao modelo de Tissot por afigurar-se como o mais adequado e descreve um conjunto de exercícios metódicos e exequíveis e que permitem trabalhar os aspectos deficitários.

A informação, a instrução e o treino à família/cuidador são um complemento à intervenção terapêutica e têm como objectivo diminuir a carga psicológica da família/cuidador e melhorar a qualidade de vida da pessoa afásica, dando-lhe oportunidade de sociabilização.

A reabilitação deve ser um processo contínuo, persistente e global que permita à pessoa a melhor forma possível de adaptação à nova condição de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALDAS**, Alexandre C. - *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill, 2000. ISBN 972-773-041-8
- BOSS**, Barbara J.; **ABNEY**, Kay L. - *Comunicação. Linguagem e Pragmática*. In: HOEMAN, Shirley R. - *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. p. 589-620. ISBN 972-8383-13-4
- LYNCH**, J. C. - *Córtex Cerebral*. In: HAINES, Duane E. - *Neurociência Fundamental para aplicações básicas e clínicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: 2006. p. 597-614. ISBN 85-352-1977-3
- LEAL**, G. - *Avaliação da afasia*. *Psychologica*, 2003, nº34, p. 129-142
- SOUSA**, P. M. L. - *Afasia - Como Intervir*. www.psicologia.com.pt, 2009
- TISSOT**, A. - *Reeducação do Afásico Adulto*. São Paulo: Livraria Roca, 1986
- WADE**, D., Langton et al - *Stroke - a critical approach to diagnosis, treatment and management*. London: Ed Chapman and Hall, 1986