

## FATORES RELEVANTES NA AVALIAÇÃO DO AFÁSICO

Maria Alice de Mattos Pimenta PARENTE \*

### RESUMO

*Neste artigo são discutidos alguns fatores que influem na escolha da avaliação do afásico. Esta avaliação vai depender do conceito que o examinador tem sobre a afasia, dos dados neuropsicológicos e pessoais coletados e da relação com a linha terapêutica proposta. Os dados neuropsicológicos complementam as alterações comportamentais causadas pela lesão cerebral, podem estar ou não associados ao local da lesão adquirida e auxiliam no prognóstico da evolução do quadro linguístico. O levantamento dos dados pessoais pré-mórbidos é importante para uma avaliação linguística adequada. E, por fim, é salientada a relação das diferentes formas de avaliação com diferentes linhas terapêuticas e que, para o fonoaudiólogo, a avaliação deve dar elementos para o processo terapêutico.*

### INTRODUÇÃO

No Brasil, encontramos com facilidade vários exames de afasia: o teste de Eisonson (1973), de Schuell (1975), a investigação das funções corticais superiores de Luria (1966), de Goodglass (1974) e de Strub e Black (1977). No entanto, é preciso estabelecer qual a diferença entre um teste e uma avaliação de um afásico.

Por testes, entendo uma sequência de provas que servem como instrumental na avaliação do afásico. Em outras palavras, um teste pode ser um dos elementos da avaliação. E por avaliação fonoaudiológica ou neurolinguística do afásico entendo como a busca do conhecimento de toda a situação de comunicação de um indivíduo, que devido a uma lesão cerebral, teve uma alteração em sua linguagem. Neste trabalho serão discutidos alguns fatores que devem ser observados na escolha das provas

e durante o processo de avaliação do afásico:

1 — O conceito que o examinador ou o autor de um determinado teste ou avaliação fonoaudiológica tem sobre afasia.

2 — Os dados recebidos do exame neurológico, como etiologia, tamanho e local da lesão e dados neuropsicológicos.

3 — Dados individuais do paciente relevantes na teoria da organização cerebral para a linguagem e os dados sobre nível sócio-cultural e personalidade que podem estar interferindo no desempenho da avaliação.

4 — Dados relacionados com a terapia. Frequentemente a relação entre a avaliação e a terapia é esquecida. Se, uma das finalidades do exame do afásico for o estabelecimento do procedimento terapêutico ou uma medida para verificar sua eficácia, é importante que tanto a avaliação

\* Fonoaudióloga e Professora do Curso de Fonoaudiologia da RUC-SP.

como a terapia tenham os mesmos princípios. Assim sendo, a terapia torna-se um contínuo da avaliação realizada.

## 1 – CONCEITO DE AFASIA E AVALIAÇÃO DO AFÁSICO

A interação entre o conceito que o examinador tem sobre a afasia e a sua avaliação já pôde ser observada no primeiro caso descrito na afasiologia. Broca (1861), após o exame de seu paciente Leborgne (várias observações realizadas durante o período que esteve internado), chegou a conceituação do que ele chamou de afemia, um distúrbio na "faculdade da linguagem articulada". Ele disse: "estes pacientes compreendem perfeitamente a linguagem articulada e a linguagem escrita". A suposição de que o problema de Leborgne estava reduzido a sua linguagem oral, teve muito a ver com o tipo de investigação realizado. Broca não examinou as capacidades de leitura e escrita, por ver o seu paciente com uma hemiplegia direita, e supôs que estas funções estavam intactas: "O estudo deste infeliz que não podia falar e que estando com sua mão direita paralizada não poderia escrever, ofereceria certamente alguma dificuldade." (em Lebrun, Y. 1983) Sabemos hoje que, provavelmente, Broca estava diante de um caso atualmente denominado afasia de Broca, onde ocorre um comprometimento da emissão da linguagem tanto em suas modalidades orais como gráficas.

Para Goldstein (1948) a afasia representa uma dificuldade de abstra-

ção, o afásico só é capaz de desenvolver a linguagem dirigida ao concreto. Baseando-se em sua teoria, ele propõe uma bateria de provas onde numa primeira parte analisa as "categorias gerais" (provas de montagens com palitos e cubos, categorização de fios coloridos etc...). Depois segue-se uma série de provas de linguagem com fala espontânea, séries decoradas, nomeação, compreensão auditiva e perguntas sobre assuntos de vida diária. Apesar destas provas serem encontradas em todos os exames de afasia, a interpretação dada por Goldstein visa relacionar o desempenho linguístico com a capacidade de abstração e categorização observada na primeira parte do exame.

Luria (1966), em sua *Investigação das Funções Corticais Superiores*, propõe uma interpretação diferente. Influenciado pela escola soviética de neurofisiologia, ele verifica as funções práxicas e gnósticas através da investigação das funções motoras superiores, coordenação audio-motora, funções visuais superiores e funções somestésicas. A avaliação da linguagem oral, receptiva e expressiva, e da linguagem gráfica deve estar relacionada às falhas práxicas e gnósticas encontradas. Assim, por exemplo, num caso, por nós examinado com queixa de acalculia, após um exame das funções corticais superiores, foram observados distúrbios de atenção e memória e de relações espaciais, que estariam influenciando as dificuldades de reversão e orientação intelectual no espaço assim como as falhas de interpretação de leitura

e de realização de cálculos complexos.

Não cabe aqui fazer uma análise de todas as correntes afasiológicas e como elas realizam sua avaliação nos pacientes. Mas, é importante que o examinador, ao utilizar um teste ou uma bateria estandarizada, tenha consciência do conceito de afasia do autor do teste e saiba quais são as implicações desta relação no instrumento utilizado e em sua interpretação. O mesmo ocorre nas avaliações assistemáticas: neste caso, a interpretação de uma avaliação de afasia só será coerente se tiver implícito o conceito de afasia do examinador.

## 2 – DADOS NEUROLÓGICOS E AVALIAÇÃO DO AFÁSICO

### a) Local da lesão e sintomatologia:

As avaliações neurolinguísticas e neuropsicológicas tiveram sua origem na neurologia, com o interesse pelas relações anátomo-clínicas. A importância do aspecto anatômico continua ainda hoje e sua investigação tornou-se mais sofisticada com a criação e o uso cada vez mais difundido da tomografia computadorizada, que possibilita um paralelo entre a evolução de uma lesão e a evolução do quadro clínico. Isto não quer dizer que a partir de uma lesão pode-se deduzir o problema de linguagem do sujeito, o que Jackson (1932), no século passado chamava atenção. Apesar de Kertesz et al (1979) e Næsser et al (1981) terem observado correlações entre os dados tomográficos de local de lesão e a semiologia da afasia, também as exceções aos

quadros clínicos previstos tornaram-se mais numerosas e vários trabalhos estão sendo publicados a este respeito (Basso e Lecours, 1983).

As informações obtidas no exame neurológico, além de dar mais informações sobre o sujeito, tem muito valor no prognóstico da recuperação linguística.

### b) Outros dados neurológicos e prognóstico:

#### 1 – Etiologia:

Uma série de pesquisas com grandes grupos de sujeitos foram realizadas tentando verificar a influência da etiologia na recuperação: – no distúrbio agudo de irrigação, o prognóstico é reservado (Kohmeyer, 1976), com possibilidade de reincidência (Seron, 1981);

– o prognóstico é mais favorável em isquemias do que em oclusões (Kohlmeyer, 1976);

– tanto em hematomas como em aneurismas ele depende do tamanho da lesão (Kertesz e McCabe, 1977);

– as lesões traumáticas apresentam melhor recuperação do que as vasculares (Butfield e Zangwill, 1946; Godfrey e Douglass, 1959).

#### 2 – Tamanho da lesão:

Têm um prognóstico menos favorável, as lesões extensas (Mohr et al., 1978; Kertesz et al 1979) e as lesões bilaterais (Lomas et Kertesz, 1978).

### c) Gravidade inicial:

A gravidade inicial é considerada por Schuell (1975), Kertesz (1979) como índice do prognóstico

desfavorável. No entanto, deve-se levar em conta o momento da avaliação. Uma avaliação muito recente de um AVC pode mostrar um quadro bem mais grave devido a "diasquisis" ou mesmo a presença de edema cerebral. Para que seus dados sejam mais confiáveis, a avaliação de linguagem deve ser realizada 15 a 20 dias após o dano cerebral.

Os resultados de uma avaliação podem também ser influenciados pelo período de "recuperação espontânea". (O que não quer dizer que é preciso esperar o final da recuperação espontânea para ser realizada uma avaliação ou mesmo iniciar terapia). De uma maneira geral, questiona-se muito o período de recuperação espontânea. Alguns autores consideram 3 meses após o AVC, outros 6 meses.

#### 4) Falhas Neuropsicológicas Associadas:

Quanto a outros dados neuropsicológicos, além da importância que eles tomam na escola russa, pois são essenciais para a classificação da afasia, alguns estudos foram feitos observando a ocorrência de outras dificuldades neurológicas com relação à recuperação da linguagem. Anna Basso (1981) verificou menor recuperação em sujeitos afásicos com apraxia construtiva. Messerli et al. (1976) acham que a apraxia ideatora e a ideomotora podem comprometer muito a evolução do quadro lingüístico. Lebrun (1983) e Wepman (1958) mostram a importância da anosognosia da afasia para o prognós-

tico. Gloning et al (1976) apontaram o efeito negativo de um nível intelectual baixo. E finalmente, Benson (1979) observou uma supressão de um quadro psiquiátrico com a ocorrência da afasia.

#### DADOS PESSOAIS

Atualmente têm sido muito estudados fatores individuais que influenciam a lateralização da linguagem para o hemisfério esquerdo. Lateralização da linguagem para o hemisfério esquerdo quer dizer que, apesar deste hemisfério ter uma pré-disposição inata para as habilidades lingüísticas, sua organização depende da experiência de um indivíduo e pode ser influenciada por diversos fatores. Alguns fatores são maturacionais, como por exemplo a idade; outros estão ligados ao meio ambiente em que vive o sujeito, como por exemplo o aprendizado de uma segunda língua.

Qual seu significado na avaliação do afásico? De um lado, isto quer dizer que em determinadas circunstâncias a organização das áreas de linguagem não corresponde à clássica área de linguagem no hemisfério esquerdo. Por outro lado, nestas circunstâncias, o hemisfério direito poderá tomar uma parte mais ativa nas funções lingüísticas, sendo o prognóstico da afasia melhor.

Outros fatores pessoais que influenciam a avaliação dos afásicos e, principalmente, o processo terapêutico são: o nível sócio-cultural e a personalidade pré-mórbida.

Em alguns casos, podem ocorrer alterações de personalidade devido a lesão cerebral ou mesmo em decorrência das dificuldades de comunicação geradas pela afasia. No caso dos bilíngues, é interessante lembrar que a relação afetiva do sujeito com uma determinada língua poderá interferir em sua involução. (Minkowski, 1928).

Assim, na avaliação do afásico devem ser obtidos os seguintes dados pessoais:

- idade e sexo
- lateralidade pessoal e familiar
- nível educacional
- bilinguismo (tipo)
- personalidade pré-mórbida e atual
- interesses

#### PROCESSO TERAPÊUTICO E AVALIAÇÃO

Atualmente há uma preocupação para que a reeducação do afásico tome forma científica com metodologia própria, podendo assim influenciar em alguns conceitos estabelecidos na neuropsicologia descritiva. Taylor Sarno (1980) aponta a falta de pesquisas em reabilitação de afasia, principalmente no que se refere à observação de parâmetros como diferenças sociais e de personalidade.

Apesar da afasiologia datar do meio do século passado (ou 1822, se considerarmos os trabalhos de Gall), a recuperação dos afásicos só foi desenvolvida após as grandes guerras, quando as entidades governamentais se responsabilizaram pelos danos humanos, causados nesta

época, investindo no tratamento dos afásicos. Um outro fator que favoreceu a descrença na reabilitação foi o fato de ocorrer uma recuperação espontânea independente da terapia e ser impossível deixar um grupo de indivíduos sem tratamento para servirem de grupo controle. No entanto, são muito animadoras as pesquisas realizadas em Milão (Vignolo 1964; Basso et al. 1975, 1979), que apontam melhoras evidentes na linguagem de afásicos submetidos a terapia. Tendo a oportunidade de obter um grupo sem terapia devido a problemas de transporte aos centros de recuperação, os autores encontraram uma nítida melhora no grupo com terapia, independente do tipo de afasia e da época de seu início. Comentando estas pesquisas, Lemay et al. (1981, pg. 755) escrevem: "não é mais possível declarar que o afásico (só) se recupera espontaneamente, ou que não se recupera."

Seron (1981), na introdução de seu livro *Eduquer le cervau* procura mostrar como a neuropsicologia tornou-se uma ciência com meios bastantes sofisticados para a descrição das patologias e aponta uma ciência nova, voltada para os problemas terapêuticos, a neuropsicologia reeducativa. Uma dicotomia entre uma ciência descritiva e outra educativa me parece muito pernicioso, pois seria dividir um mesmo problema em dois aspectos que na realidade são interdependentes. Esta dicotomia resulta numa afirmação um pouco posterior do mesmo autor de que a reabilitação:

"pode-se desenvolver com método e

rigor através de estratégias extremamente diferentes que não têm nada ou quase nada em comum com a maneira de abordar os fatos patológicos”.

(Seron, 1981, p. 64).

Se a reeducação do afásico deve ser tomada como um trabalho científico, tanto seus métodos como os meios de avaliá-los devem abordar de uma mesma maneira o problema da afasia. Pegar o tipo de avaliação da neurolinguística e as técnicas terapêuticas da psicolinguística, das teorias do aprendizado e do ensino da segunda língua sem fazer uma relação com o processo da linguagem do afásico me parece uma colcha de retalhos e daria uma visão distorcida de uma patologia que deveria ser abordada em sua totalidade.

Esta separação entre a avaliação e o tratamento torna o trabalho do fonoaudiólogo junto ao afásico dividido em dois momentos distintos: uma avaliação descritiva da forma da linguagem do sujeito e uma terapia que tem por finalidade recuperar a função linguística. Isto tem tornado o início da terapia um dos momentos mais difíceis do processo. Uma das causas desta dificuldade é o fato de que os exames de linguagem do afásico não estão voltados para a reabilitação. Com freqüência há uma escolha aleatória de um teste de afasia, seguindo-se a aplicação de várias técnicas terapêuticas, sem buscar uma explicação para o processo de recuperação.

Cabe então perguntar: Até que ponto as avaliações tradicionais de afasia auxiliam o processo de reabi-

litação?

Muitas avaliações, influenciadas por sua origem na neurologia, se restringem a investigar a classificação e gravidade do quadro afásico. Podemos incluir aqui os “Screening tests” que têm muita utilidade no primeiro contacto com o paciente numa clínica neurológica, mas que precisam ser complementados para se obter uma visão das possibilidades de linguagem do paciente.

Obtendo-se apenas o tipo de afasia, pode-se ter alguns dados sobre o prognóstico. Sabe-se que as afasias expressivas recuperam-se mais facilmente que as receptivas, e também que a presença de uma disartria pode ser um fator não favorável. Num dos estudos sobre o tipo de afasia e prognóstico, Leischner (1981) observa uma escala de gravidade quanto ao tipo de afasias: nas afasias não fluentes, a mais grave é a afasia total, seguida da mista e por fim da motora; nas fluentes, a mais grave é a de Wernicke, seguida pela de condução e pela améstica. Leischner também notou que com o decorrer do tempo podem haver mudanças no tipo de afasia (Sindromwandel) e é este tempo que dará melhores dados sobre a evolução do quadro afásico.

Será que é possível estabelecer uma linha terapêutica sabendo-se apenas o tipo de afasia e sua gravidade? Não, pois diferentes tipos podem apresentar falhas em mesmos comportamentos linguísticos. Lemay (1981) fez vários comentários neste sentido. Por exemplo, um trabalho para o desenvolvimento

da sintaxe deve ser feito tanto para o agramatismo das afasias de Broca como para o disgramatismo frequente nas afasias de Wernicke.

A meu ver, um teste que apenas dê a gravidade do quadro ou a classificação de afasia ainda é um método muito indireto para a escolha e a avaliação da terapia.

Como é então realizada esta passagem da avaliação ao trabalho terapêutico?

Relacionando a avaliação da linguagem e os princípios terapêuticos escolhidos, acredito que podemos dividir as terapias em três grupos:

1 — Terapias que propõem a estimulação das falhas linguísticas tendo por base o que se supõe ter sido a linguagem anterior do afásico (Schuell, 1977; Sarno, 1972; Seron, 1981; Lemay, 1981; etc . . .)

Para estas, é necessária uma avaliação minuciosa da forma linguística que descreva os aspectos fonológicos, semânticos e sintáticos a fim de ser estabelecido um programa gradual de treinamento. Estes dados são obtidos através de um teste formal de linguagem com provas de nomeação, leitura, compreensão oral, definições, etc . . .

2 — Um segundo princípio terapêutico, proposto por Luria, é o de reorganização da linguagem através de sistemas aferentes e eferentes ou dos processos internos da linguagem. A terapia desenvolve a linguagem tendo por base processos diferentes daqueles adquiridos na infância. Por exemplo, um sujeito com afasia motora aferente, que não consegue arti-

cular fonemas por dificuldade somestésica do movimento articulatório, é ajudado através de cartelas com os desenhos da posição do fonema (apoio visual).

Para que a avaliação forneça dados para este tipo de abordagem terapêutica é preciso uma inter-relação dos achados do exame neuropsicológico com o de linguagem.

3 — Outro princípio é aquele voltado para as dissociações entre as funções semióticas e as estruturas linguísticas que são encontradas nos afásicos.

Esta abordagem traz como benefício a tentativa de explicação de dois fatos que são muito comuns na terapia do afásico. O primeiro fato é o paciente apresentar um bom desempenho em exercícios específicos para determinadas estruturas linguísticas, mas não conseguir aplicá-los na vida diária, ou mesmo em outras atividades da terapia. O segundo é ele conseguir emitir algumas palavras em determinadas circunstâncias e no entanto ter dificuldades nestas mesmas palavras em outras circunstâncias.

As dissociações de linguagem utilizadas para explicar o comportamento linguístico dos afásicos são:

— a dissociação automático-voluntária, proposta por Jackson (1871);

— a dissociação entre linguagem como uso e metalinguagem, proposta por Lebrun (1983);

— a dissociação entre linguagem modalizadora e referencial, proposta por Jean-Luc Nespoulous (1981).

Jackson (1932) já descrevia a

afasia como uma dicotomia entre o automático e o voluntário, isto é, o afásico perde sua linguagem quando quer falar (uso voluntário), mas mantém seu uso automático. Lebrun (1983) propõe que a afasia é basicamente um distúrbio metalinguístico, mas o paciente tem o uso da linguagem preservado. Metalinguagem é o "uso da linguagem para se referir a própria linguagem ou parte dela" (Lebrun, 1983). São consideradas atividades metalinguísticas as definições, a sinonímia, etc . . . Linguagem como objeto "é o uso da linguagem para se referir a algo que não é verbal . . . em linguagem como objeto, as palavras são usadas dentro de um contexto" (Lebrun, 1983). Seus exemplos para explicar esta dicotomia são muito semelhantes aos de Jackson, o que muitas vezes deixa supor uma troca de terminologia. Mas não é: a abordagem de Lebrun deixa bem claro que a problemática do afásico está no âmbito linguístico.

Na mesma linha, Nespoulous (1981) descreve a dicotomia da dissociação entre a linguagem referencial e a linguagem modalizadora. Um comportamento é chamado referencial quando o sujeito se refere a pessoas, objetos e coisas utilizando-se do background sócio-cultural de uma determinada comunidade. Comportamento modalizador se refere a atitude do que ele está dizendo (palavras específicas, gestos ou a prosódia). Pode-se dizer que a maioria dos afásicos têm dificuldades no comportamento referencial, sendo que em alguns casos o modalizador está muito reduzido. Nespoulous

se apoia na teoria anátomo-funcional de Yakovlev, afirmando que os comportamentos linguísticos referenciais seriam gerados pelas estruturas supra-límbicas, pois estas são responsáveis pela motilidade efetiva e pela fala proposicional. Os comportamentos linguísticos modalizadores seriam gerados pelas estruturas límbicas, que controlam os movimentos dirigidos ao próprio corpo, dependentes do contexto.

O que é importante é que estas dissociações não são dois opostos com separações nítidas, mas um contínuo. Dependendo da situação da fala (contexto linguístico), do momento da emissão (contexto não linguístico) e do histórico do falante, uma mesma emissão pode ser mais ou menos voluntária, metalinguística ou referencial.

Baseando-se nos princípios de Jackson, Anna Basso (1977) desenvolveu em Milão um programa terapêutico, no qual gradualmente são pedidas respostas voluntárias do paciente. A graduação é realizada através de técnicas de facilitação, bastante conhecidas, e a autora acredita que uma resposta voluntária promove a emissão de nova resposta voluntária do sujeito.

Para este tipo de abordagem terapêutica, é necessária uma interrelação entre as funções linguísticas do sujeito e as formas usadas nestas diferentes funções. Não acredito que a solução seja a aplicação de testes de avaliação funcional (Sarno, 1969) de um



lado, acrescidos de informações dos testes formais. Mas sim, devem ser observadas as capacidades comunicativas (verbais e não verbais) nas diferentes funções da comunicação.

Cada linha terapêutica apontada

acima varia quanto ao seu método de investigação. Muitas vezes este fato passa despercebido ao terapeuta, que se vê obrigado a refazer uma avaliação para estabelecer o início terapêutico.

### SUMMARY

*Some factor wich influences the choice of a assessment of aphasia are discusses in this paper. This assessment will depend on the autor's aphasia concept, the neuropsychological and personal data and the relation between the assessment and the therapy line. The neuropsychological data help the understanding of the comportamental modifications due the cerebral lesion, can be or not be related with the side of the lesion and will help in the linguistic evolution prognosis. The personal data are important for a correct linguistic assessment. And, finally, it is discussed the relation between the different forms of assessment and the different therapy lines, emphasizing that, for a speech therapist, the assessment should some elements for therapy.*

### BIBLIOGRAFIA

- BASSO, A. "Aphasia Rehabilitation: a note on methods and three examples, in LEBRUN, Y. e HOOPS, R. (eds.), The management of aphasia, Amsterdam: Swets e Zeitlinger, 1978.
- BASSO, A et al. "Etude controlée de la reeducation du langage dans l'aphasie: comparasion entre aphasiques traités et non traités" Rev. Neurol., 1975, 131, 607.
- BASSO, A. et al. "Influence of rehabilitation on language skills in aphasic patients". Arch. Neurol., 1979, 36, 10-196.
- BASSO, A. "El Paziente Afasico". Milão, Seltrineli, 1977.
- BASSO, A. e A. R. LECOURS, Comunicação Pessoal, 1983.
- BENSON, D. F. "Aphasia Alexia and Agraphia" in Clinical neurology and neurosurgery monographs, (vol. 1) New York, Churchill Livingston, 1979.
- BROCA, P. "Remarques sur le siège de la faculté de langage suivies d'une observation d'aphasie" Bulletin de la Société d'Anatomie, 6:330-357, 1861.
- BUTFIELD, E e ZANGWILL, O.L. "Re-education in aphasia: a review of 70 cases" J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1946, 9, 75-79.
- EISENSON, JON "Adult Aphasia. Assessment and Treatment". San Francisco, Prentice-Hall, 1973, 229 pgs.

- GLONING et al. "Prognosis and Speech in aphasia" in LEBRUN, Y. e HOOPS, R. (eds.) *Recovery in Aphasics*, Amsterdam: Swets et Zeitlinger, 1976.
- GODFREY, C. e DOUGLAS, E. "The recovery process in aphasia", *Can. Med. Ass., J.*, 1959-80, 618-624.
- GOLDSTEIN, KURT. "Language and Language Disturbances" New York, Grune e Stratton, 1948, 374 pgs.
- GOODGLASS, HAROLD e KAPLAN, EDITH. "Evaluation de la Afasia y de Transtornos Similares", Buenos Aires, Panamericana, 1974, 28 pgs.
- JACKSON, JOHN H. "Selected Writings", Ed. TAYLOR, J., London, Hodder and Stoughton, 1932.
- JENKINS, JAMES et al. "Schuell's aphasia in adults", New York, Harper and Row, 1975, 398 pgs.
- KERTESZ, A. et al. "Computer tomographic localization, lesion-size, and prognosis in aphasia and non-verbal impairment", *Brain and Language*, 1979, 8, 34-50.
- KOHLMEYER, K., "Aphasia due to focal disorders of cerebral circulation: some aspects of localization and of spontaneous recovery", in LEBRUN, Y. e HOOPS, R. (Eds), *Recovery in Aphasics*, Amsterdam, Swets et Zeitlinger, 1976.
- LEBRUN, Y. "Tratado de Afasia" Coord. Parente, M.A., São Paulo, Panamed, 1983.
- LEISCHNER, Anton. "Klinische Sprachpathologie", München, Wilhelm Fink Verlag, 1981.
- LEMAY, A. et al. "Aphasie et rééducation orthophonique". *Revue de Medicine*, 12-13, 1981:755-762.
- LOMAS, J. e KERTESZ. "Patterns of spontaneous recovery in aphasic groups: a study of adult stroke patients", *Brain and Language*, 1975, 5, 388-401.
- LURIA, ALEKSANDR ROMANOVICH. "Higher Cortical Functions in Man", New York Basic Books, 1966, 513 pgs.
- MINKOWSKI, M. "Sur un cas d'aphasie chez un poliglote", *Revue Neurologique*, 35, 1928: 361-366.
- MOHR, J. P. et al. "Broca Aphasia: pathologic and clinical aspects" *Neurology*, 1978, 28, 311-324.
- MESSERLI, P. et al. "Recovery from aphasia: some factors of prognosis", in LEBRUN, Y. e HOOPS, R. (eds.) *Recovery in aphasia*, Amsterdam: Swets e Zeitlinger, 1976.
- NAESER, M.A. et al. "Quantitative CTscan studies in aphasia". *Brain and Language*, 1981, 12, 140-164.
- NESPOULOUS, J.L. "Two Basics types of semiotic behavior, Their dissociation in aphasia". *Publication Series of Toronto Semiotic Circle*, II e III, 173-213, 1981.
- SARNO, M. T. "Aphasia: Selected Readings", New York, Apple-

- ton, 1972.
- SARNO, M. T. "The Functional Communication Profile", New York, University School of Medicine, 1975, 2ª ed.
- SARNO, M.T. e HOOK, O. "Assesment and Treatment", New York, Masson, 1980.
- SCHUELL, M. "Aphasia Theory and Therapy". Baltimore, Univ. Park Press, 1974.
- SERON, X. e C. Laterre. "Rééduquer le cerveau" Bruxelles, Pierre Mardaga, 1981, 274 pgs.
- STRUB, RICHARD L. e F. WILLIAM BLACK. "The mental Status Examination in Neurology", Philadelphia, F. A. Davis, 1977, 182 pgs.
- VIGNOLO, L.A. "Evolution of aphasia and language rehabilitation: a retrospective exploratory study". Cortex, 1964, 1, 344-367.
- WEPMAN, J. M. "The relationship between self-correction and recovery form aphasia", J. Spech Hear. Dis., 1958, 23, 302-305.