

ORGANIZADORES
LEONARDO HALLEY CARVALHO PIMENTEL
IZABEL HERIKA GOMES MATIAS CRONEMBERGER



REABILITAÇÃO

TEORIA E PRÁTICA



ASSOCIAÇÃO
REABILITAR

PRESIDENTE BENJAMIM PESSOA VALE

Expediente

Direção editorial: Ana Kelma Gallas
Supervisão técnica: Edson Rodrigues Cavalcante
Diagramação: Kleber Albuquerque Filho
TI Publicações OMP Books: Eliezyo Silva



FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

P644r
PIMENTEL, Leonardo Halley Carvalho;
CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias.
Reabilitação: Teoria e Prática [livro eletrônico]
/ Leonardo Halley Carvalho Pimentel e Izabel Herika
Gomes Matias Cronemberger (Orgs.). São Paulo:
Lestu Publishing Company, 2022.
701 f. *online*
ISBN: 978-65-996314-4-3
DOI: 10.51205/lestu.978-65-996314-4-3
1. Reabilitação. 2. Saúde. 3. Trabalhos de
Reabilitação. 4. Habilitação. 5. I. Autor(a). II.
Título. III. Editora. IV. DeCS.
CDD - 343.6

Índices para catálogo sistemático:

- DeCS (Descritores na Área de Saúde) em Catálogos Sistemáticos = Reabilitação. Habilitação. Recuperação das funções humanas. Avaliação das deficiências humanas. Recuperação de função fisiológica.

"Os conteúdos dos artigos publicados são de total responsabilidade dos autores e autoras."

Todos os livros publicados pela Editora Lestu Publishing Company estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



A Lestu Publishing Company é uma editora que acredita na Ciência Aberta. Permitimos a leitura, download e/ou compartilhamento do conteúdo desta obra para qualquer meio ou formato, desde que os textos e seus autores sejam adequadamente referenciados.

LESTU PUBLISHING COMPANY
Editora, Gráfica e Consultoria Ltda
Avenida Paulista, 2300, andar Pilotis
Bela Vista, São Paulo, 01310-300,
Brasil.
editora@lestu.org
www.lestu.com.br
(11) 97415.4679

Imagens da obra:
Canva (Creative Commons)

ORGANIZADORES

LEONARDO HALLEY CARVALHO PIMENTEL
IZABEL HERIKA GOMES MATIAS CRONEMBERGER

REABILITAÇÃO

TEORIA E PRÁTICA



6

Distúrbios de linguagem decorrentes de lesão encefálica adquirida

Lylían Mendes dos Santos
Edyáurea Silva Barroso Castro

As Lesões do Sistema Nervoso Central (SNC), podem causar transtornos da linguagem oral tanto em adultos quanto em idosos, e afetam os domínios linguísticos e cognitivos que intermediam o processamento da linguagem.

Desta forma, é fundamental que o fonoaudiólogo conheça as classificações, conceitos e sintomas envolvidos nessas alterações, para que tenha a capacidade de avaliar, diagnosticar e reabilitar sujeitos acometidos por estas condições de saúde (BEBER, 2019).

Diante disto, é objetivo deste capítulo esclarecer o papel do fonoaudiólogo nas principais alterações da comunicação oriundas das Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA), por meio da descrição da assistência prestada em um Centro de Reabilitação.

Lesão encefálica adquirida e alterações comunicativas

A linguagem é uma habilidade humana complexa e multifacetada, na qual o ser humano precisa assimilar sons da fala e da ordem que os mesmos devem ocorrer em uma palavra, além disto, ter acesso ao léxico, a gramática da língua e ao significado de palavras e frases, para interligar o conhecimento à expressão, ou seja, comunicar a informação (SITTA *et al.*, 2010).

As alterações na comunicação, linguagem e fala, podem decorrer de lesões cerebrais em diferentes locais do SNC, uma vez que distintas áreas corticais podem ser responsáveis pelos processos de produção tanto da fala quanto da linguagem. A lesão focal pode ocasionar alterações da fala como: as afasias, apraxias e disartrias (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

A LEA ocorre após o nascimento, sem cunho hereditário, congênito, degenerativo ou perinatal, podendo causar sequelas físicas e cognitivas. São decorrentes principalmente das doenças cardiovasculares (Acidente Vascular Encefálico – AVE) e dos Traumatismos Cranioencefálicos (TCE), consideradas as etiologias mais prevalentes responsáveis pela perda da funcionalidade em idade produtiva (BRASIL, 2015).

Em um estudo retrospectivo realizado com pacientes que apresentaram distúrbios da comunicação consequentes de lesões cerebrais, no período de 2002 a 2006, no Núcleo de Investigação e Intervenção Fonoaudiológica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), foi encontrada prevalência de 56% de afasia, 33% de disartria e 19,3% de apraxia, o que demonstra a alta frequência das alterações comunicativas decorrentes de lesões neurológicas adquiridas (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

O AVE é uma afecção circulatória nas artérias cerebrais, com etiologias diversas (genética, clínica e ambiental), que ocasiona um déficit neurológico definitivo ou transitório. É responsável por até 80% das incapacidades motoras adquiridas, além dos comprometimentos de linguagem, fala e deglutição (JACQUES; CARDOSO, 2011).

De acordo com Canova et al., (2010), o TCE:

É definido como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo e, de um modo geral, encontra-se dividido de acordo com sua intensidade, em grave, moderado e leve. É considerado como um processo dinâmico, já que as consequências de seu quadro patológico podem persistir e progredir com o passar do tempo (CANOVA *et al.*, 2010, p.165).

No TCE a lesão pode acometer áreas cerebrais responsáveis pelo controle da execução dos movimentos necessários para produção da fala inteligível, o que acarreta prejuízos na comunicação do indivíduo, geralmente a disartria. Repercute na fala com limitação na inteligibilidade, com redução na capacidade comunicativa e social do afetado. Vale ressaltar que a audição também pode ser afetada pelo impacto, tanto nas suas

regiões periféricas (orelha e nervo auditivo), quanto nas regiões centrais (BRASIL, 2015).

Dados estatísticos revelam um índice de 20 a 30% da prevalência de disartria após AVE, e 10 a 60% após TCE. Enquanto, as afasias variam entre 2 a 32% nos casos dos pacientes acometidos por AVE, e de 21 a 38% nos atingidos por TCE. Evidenciou-se que a reabilitação fonoaudiológica, melhora a comunicação comprometida, em decorrência da lesão causada por um AVE no hemisfério dominante; no entanto, a descrição das particularidades dos déficits comunicativos assistidos em centro de reabilitação, bem como o perfil epidemiológico e a prevalência desses transtornos ainda são pouco estudados (CECATTO *et al.*, 2006).

Afasias

Definidas como uma alteração no conteúdo, na forma e no uso da linguagem, bem como de seus processos cognitivos subjacentes, como percepção e memória. A afasia, além de impactar a comunicação, também afeta a vida social do acometido, resultando na diminuição das chances de retorno para atividades ocupacionais (ORTIZ, 2010).

A afasia acomete tanto a compreensão, quanto a expressão dos símbolos verbais e/ou escritos da comunicação, desfavorecendo a interação do paciente com o contato em que está inserido. Desta forma, o agrupamento de sintomas forma a classificação das afasias (conforme demonstra a **Tabela 1**), como o foco da alteração cerebral (SITTA *et al.*, 2010).

Tabela 1: Classificação das afasias segundo Beber, 2019:

Triade fluência, repetição e compreensão	Outras características e manifestações de linguagem		Substratos Neurais no Hemisfério Esquerdo
Afasias Fluentes			
Afasia de Wernicke	Fluência: preservada Repetição: prejudicada Compreensão: prejudicada	Jargão, logorréia, anomia, neologismos, circunlóquios, parafasias fonêmicas e formais.	Giro temporal superior, giro temporal médio, lobo parietal inferior, giro angular, giro de Heschl, polo temporal, putamen.
Afasia de Condução	Fluência: preservada Repetição: prejudicada Compreensão: preservada	Parafasias fonêmicas e formais.	Fascículo arqueado (especialmente segmento posterior), áreas corticais da região perisilviana posterior (giro supramarginal esquerdo e adjacências), giro de Heschl.

Afasia Transcortical Sensorial	Fluência: preservada Repetição: preservada Compreensão: prejudicada	Parafasias verbais, fonêmicas e semânticas, anomias, ecolalia, neologismos.	Proximidades da junção dos lobos temporal, parietal e occipital, giro temporal posterior médio, giro temporal inferior, giro angular inferior.
Afasia anômica	Fluência: preservada Repetição: preservada Compreensão: preservada	Anomias, pausas frequentes, substituições semânticas. Maior dificuldade em determinada categoria semântica.	Não é confiavelmente associada a uma região específica. Anomias para substantivos podem estar associadas a lesões no pólo temporal, giro temporal médio e inferior. Anomias para verbos associam-se a lesões no lobo frontal (giro frontal inferior e conexões).
Afasias Não Fluente			
Afasia de Broca	Fluência: prejudicada Repetição: prejudicada Compreensão: preservada	Fala lentificada e com esforço, parafasias fonéticas e fonêmicas, anomias, estereotipias verbais, agramatismo, fala telegráfica, alterações de prosódia. Dificuldade de compreensão em frases de maior complexidade gramatical, e maior dificuldade em emitir verbos do que substantivos.	Parte posterior do giro frontal inferior, opérculo frontoparietal, e parte anterior da ínsula.
Afasia Transcortical Motora	Fluência: prejudicada Repetição: preservada Compreensão: preservada	Redução da fala espontânea e da iniciativa de fala. Nomeação melhor que a fala espontânea.	Lesões no córtex pré-frontal e vizinhanças, com giro frontal inferior preservado.
Afasia Transcortical Mista	Fluência: prejudicada Repetição: preservada Compreensão: prejudicada	Expressão verbal severamente prejudicada, anomias, ecolalias.	Lesões corticais extensas que mantêm o córtex perisilviano preservado.
Afasia Global	Fluência: prejudicada Repetição: prejudicada Compreensão: prejudicada	Prejuízo grave de todas modalidades da linguagem, emissão de fala lenta e laboriosa, hesitações, mutismo, anomia severa. Frequentemente, a melhora do quadro evolui para afasia de Broca.	Lesões corticais extensas que comprometem grande parte das regiões perisilvianas e suas conexões subcorticais.

As afasias e o déficit motor/sensitivo apendicular, são as sequelas mais comuns no AVE, o que influencia de maneira negativa a saúde física e emocional dos afetados, trazendo-lhes perda da capacidade de executar atividades rotineiras de autocuidado, mobilidade, bem como limitações nas atividades ocupacionais e lazer, ocasionando repercussões familiares, sociais e econômicas (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

A perda da capacidade de se comunicar é para o afásico uma fonte de isolamento, solidão, tristeza e frustração que gera um frequente desespero, por causa da incapacidade de expressar e se exteriorizar (SITTA, *et al.*, 2010).

O comprometimento de linguagem de um indivíduo afásico é bastante heterogêneo, e varia em termos de gravidade e tipo de modalidade de processamento de linguagem deficitária, incluindo expressão e compreensão da fala, leitura, escrita e gesto. Desta forma, é primordial o processo de reabilitação para diminuir os efeitos e restaurar as funções linguísticas do paciente, uma vez que são grandes os impactos e as implicações que tais alterações geram para o acometido, família e sociedade (ALTMANN; SILVEIRA; PAGLIARIN, 2019).

A terapia fonoaudiológica, associada ao acompanhamento multidisciplinar de alta intensidade, é o tratamento mais indicado para os casos de afasia com prognóstico menos favorável, nos casos severos como da afasia global. Além do grau da alteração comunicativa, a reabilitação recebe influência positiva ou não, da idade, aspecto socioeconômico, local e tamanho da lesão e da recuperação espontânea, especialmente nos casos de AVE. Porém, os aspectos individuais de cada sujeito podem transpor as limitações impostas pela severidade do caso, tornando possível ainda que incompleta, a recuperação de muitas habilidades linguísticas (KUNST *et al.*, 2013).

A extensão e localização da lesão, etiologia, dominância manual, idade e escolaridade, são fatores que influenciam na escolha do tratamento mais direcionado para cada tipo de afasia. A abordagem teórica do terapeuta, também é relevante, pois o tratamento fonoterapêutico engloba abordagens tradicionais que tem o intuito de restaurar habilidades linguísticas, centrando-se nos níveis de prejuízos e incapacidades, por meio de estímulos visuais e auditivos, e de repetição em situações linguísticas (ALTMANN; SILVEIRA; PAGLIARIN, 2019).

Desta forma, é objetivo da reabilitação fonoaudiológica recuperar a comunicação do afásico, por meio de uma intervenção científica, humana, sistemática e global, considerando os limites, condições físicas e mental do paciente (KUNST *et al.*, 2013).

Fonte: SITTA *et al.*, 2010.

Disartria

A disartria é conceituada como um grupo de alterações clínicas advindas de um distúrbio no controle muscular da fala, consequente de uma lesão no sistema nervoso central ou periférico, na qual a musculatura responsável apresenta fraqueza e incoordenação isoladas ou associadas (RIBEIRO; ORTIZ, 2009).

Na disartria há alterações de cinco bases motoras: respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia, portanto a comunicação oral sofre prejuízos por desorganização dos mecanismos envolvidos na sua produção (JACQUES; CARDOSO, 2011).

A concepção de fala inteligível é um conceito que se relaciona ao ouvinte, ao falante e ao instrumento avaliativo. No caso das disartrias, o comprometimento da fala, é a sua principal manifestação. Diminuição da velocidade de fala, imprecisão articulatória, fala lenta e irregular, monoaltura e monointensidade, são manifestações comuns nas disartrias (RIBEIRO; ORTIZ, 2009).

As disartrias podem ser classificadas como: flácida, espástica, do neurônio superior unilateral, hipocinética, hiperkinética, atáxica ou mista. Tal classificação é realizada de acordo com o local lesionado e cada tipo apresenta características peculiares que envolvem o desempenho alterado das bases fonoarticulatórias (estruturas pulmonares, laríngeas, faríngeas e cavidade oral) (DUFFY, 2013).

A avaliação fonoterapêutica, tem como base a compreensão fisiológica das alterações da fala do disártrico, que segue a elaboração do diagnóstico diferencial e guia para definição da escolha das abordagens para o tratamento adequado. A fala é inicialmente avaliada pela análise do mecanismo de produção, triagem dos subsistemas, avaliação perceptual e medida de inteligibilidade. O processo terapêutico segue com a definição da principal característica que afeta o paciente, sendo o prognóstico definido e a conduta terapêutica estabelecida (PORTALETE *et al.*, 2019).

O objetivo da fonoterapia nos casos de disartria é reabilitar a comunicação da melhor forma, dentro das possibilidades individuais do paciente, em obediência às etapas de forma gradativa na sequência hierárquica de: respiração, modificação eficaz da emissão sonora e adequação da ressonância, fonação, articulação e prosódia. Para que o objetivo seja alcançado, devem ser utilizadas estratégias compensatórias (tratamento neuromuscular, maximização de fala, suporte fisiológico, situações de fala encadeada específica), orientação à equipe e família (MACKENZIE *et al.*, 2014).

Apraxia

Na apraxia, ocorre perda da capacidade de programar e organizar a postura da musculatura da fala para a produção voluntária dos fonemas, e sua sequência para articulação de palavras, sem ocorrência de fraqueza, lentidão ou incoordenação significativas desses músculos na movimentação reflexa e involuntária, causadas por lesão cerebral (SOUSA; PAYÃO; COSTA, 2009).

A apraxia pode ocorrer logo após um TCE, e envolve prejuízo na aprendizagem de atos motores voluntários, mesmo com inervação motora muscular adequada e na coordenação sensoriomotora sem intenção consciente (articulação espontânea presente, porém fala voluntária bloqueada). Pode ser observada uma dificuldade na imitação do movimento articulatório, porém a execução da mesma ação motora em outro contexto (BRASIL, 2015).

As alterações da prosódia ganham destaque secundário às dificuldades articulatórias, sendo a disfluência decorrente de pausas e hesitações resultantes da tentativa de produção correta de palavras, como uma maneira de compensar a dificuldade articulatória (CATRINI; LIER-DEVITTO; ARANTES, 2015).

Na apraxia da fala é observado que o indivíduo, por meio das suas tentativas de falar, apresenta em sua mente a palavra que deseja emitir, porém a programação das posturas dos órgãos fonoarticulatórios (OFAS), para desenvolver os sons desejados em ordem, e a sequência para articular a fala não é precisa. O que torna o quadro de apraxia uma alteração de características únicas e diferenciais de outro distúrbio de comunicação, pois apesar de ter dificuldades articulatórias, pode apresentar precisão da articulação de uma fala improvisada, repetindo uma expressão aprendida, ou em resposta a um estímulo. Porém quando solicitado, sob teste, já não o faz com precisão (SOUZA; PAYÃO, 2008).

Outro destaque enfatizado pelos autores supracitados, são as variabilidades de erros, que diferem de um paciente para outro e de uma emissão para outra e que mesmo nas tentativas sucessivas com a mesma palavra, ainda assim os erros variam, o que auxilia no diagnóstico diferencial.

Alterações comunicativas e disfagia

Compreende-se que qualquer dificuldade de levar o alimento da boca ao estômago seja por debilidade no controle pelo SNC, ou disfunção mecânica em resposta a uma interferência na precisão, e na sincronia dos movimentos de músculos, e estruturas associadas ao ato de deglutir, é

considerada uma disfagia que pode ser classificada como orofaríngea ou esofágica (CUPPARI, 2019).

No seu exercício profissional, os fonoaudiólogos trabalham com várias doenças neurológicas, incluindo lesões encefálicas adquiridas, que além das alterações comunicativas podem também causar as alterações na deglutição. Essas alterações, chamadas de disfagia, podem em casos graves causar óbito por desnutrição, desidratação, aspiração traqueal ou pneumonias de repetição. No caso de alterações da deglutição por acometimento neurológico, a disfagia é classificada como neurogênica (FURKIM; MATTANA, 2004).

Embora, o enfoque deste capítulo sejam as alterações da comunicação resultantes de lesões neurológicas, é importante enfatizar a relação das dificuldades alimentares (disfagias) presentes de modo concomitante. Os movimentos orais e de fala, da voz e da deglutição, podem apresentar sinais de disartria, tosse após a deglutição, alteração vocal, redução do nível de consciência e pneumonia prévia (JACQUES; CARDOSO, 2011).

Assistência a pessoa com distúrbio da comunicação decorrente de lesão encefálica adquirida em um centro de reabilitação

Na alteração comunicativa, seja afasia, disartria ou apraxia, o fonoaudiólogo avalia de maneira minuciosa o paciente, para efetivar um diagnóstico mais preciso e diferencial, desenvolver o planejamento terapêutico individualizado e que atenda às demandas trazidas pelo paciente e sua família. Destaca-se desta forma, de acordo com a necessidade, a indicação da Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA).

Além do acompanhamento individual com fonoaudiólogo, o paciente com déficit comunicativo, pode ser encaminhado para outros procedimentos, tais como: atendimento em conjunto com Musicoterapia, e com Psicologia e Terapia Ocupacional, dependendo da avaliação do fonoaudiólogo que o acompanha sobre suas necessidades e prognóstico.

No atendimento com a Musicoterapia, o objetivo é trabalhar as demandas de fala e linguagem, por meio de atividades de memória, articulação e canto, realizadas em conjunto com pacientes que possuem perfil comunicativo semelhante, de forma a promover maior ganho interativo e social, por meio de uma comunicação mais funcional, utilizando estratégias fonoarticulatórias conjugadas com as práticas da Musicoterapia.

Ressalta-se também, que através da música, dos sons e instrumentos musicais, promove-se habilidades de sequenciação auditivas motoras, raciocínio lógico, ritmo, melodia, com o intuito de possibilitar ao paciente uma evolução quanto ao contato visual, a atenção, a troca de turno, a memória e que reflète na expressão fonética, na estruturação e contextualização do discurso, melhorando a qualidade de suas interações sociais e comunicativas (ALVES e CASTRO, 2019, FREITAS; TÔRRES, 2015).

Já o atendimento com a Psicologia, possui critérios de elegibilidade mais específicos para quadros de afasias de predomínio motor (expressão), cujos objetivos, são trabalhar os aspectos interativos, funcionais, comunicativos e emocionais diante dos novos desafios de conviver com limitações comunicacionais e seus impactos globais na saúde e socialização do paciente. Desta forma ressalta-se, que o fonoaudiólogo e psicólogo podem utilizar estratégias que fortaleçam a construção de redes de apoio, contribuindo para um suporte e cuidado maior para o paciente e sua família.

Os atendimentos da Terapia Ocupacional e a Tecnologia Assistiva, podem agregar ao atendimento fonoaudiológico, haja vista, que promove o acesso com o uso dos membros superiores ou outra parte do corpo para CAA, realiza a adequação postural para as atividades diárias e integra todos os aspectos motores e sensoriais para os recursos comunicativos (GARCIA; MARTINEZ; FIGUEIREDO, 2020).

Considerações finais

Conclui-se desta forma, que é importante que o fonoaudiólogo saiba identificar e diferenciar as alterações comunicativas e verificar a presença de distúrbios da deglutição, decorrentes de doenças neurológicas adquiridas como AVE e TCE; que prejudicam o bem-estar físico, emocional e social do paciente.

Referências bibliográficas

ALTMANN, R. F.; SILVEIRA, A. B.; PAGLIARIN, K. C. Intervenção fonoaudiológica na afasia expressiva: revisão integrativa. *Audiology – Communication Research (ACR)*, v. 24, p. 1-11, 2019.

ALVES E CASTRO, B. S. **Interfaces entre fonoaudiologia e musicoterapia na interação social e linguagem no transtorno do espectro do autismo.** Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Neurociências e suas fronteiras) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/30357/1/Interfaces%20entre%20Fonoaudiologia%20e%20Musicoterapia%20>

na%20intera%C3%A7%C3%A3o%20social%20e%20linguagem%20no%20Transtorno%20do%20Espectro%20do%20Autismo_Blenda%20.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.

BEBER, B. C. Proposta de apresentação da classificação dos transtornos de linguagem oral no adulto e no idoso. **Distúrb Comun**, v. 31, n. 1, p. 160-169, mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico** /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANOVA, J. C. M. *et al.* Traumatismo cranioencefálico de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas. **Arq. Ciência Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 9-14, 2010.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, F.; ARANTES, L. M. G. Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, SP, v. 57, n. 2, p. 119–130, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8642396> acesso em: 05 jan. 2022.

CECATTO, R. B. *et al.* Alterações de comunicação e linguagem de pacientes portadores de lesão encefálica adquirida. Estudo descritivo retrospectivo. **Acta Fisiatr.**, v. 13, n. 3, p. 136-146. 2006.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2019. 624p.

DUFFY, J. R. **Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management**. 3. ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2013.

FREITAS, E. F.; TÔRRES, L. V. V. Fonoaudiologia e musicoterapia na clínica de linguagem: uma prática clínica. **Estudos**, v. 42, n. 3, p.345-357, maio/jun. 2015.

FURKIM A.; MATTANA, A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. *In*: FERREIRA, L.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGE, S. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, p. 212 – 218, 2004.

GARCIA, E. S. M.; MARTINEZ, C. M. S.; FIGUEIREDO, M. O. Interface fonoaudiologia e terapia ocupacional: integração de saberes científicos de campo de conhecimentos. **Rev. CEFAC**, v. 22, n. 2, p. 1-12, 2020.

JACQUES, A.; CARDOSO, M. C. Acidente vascular cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 2, p. 229-236, 2011.

KUNST, L. R. *et al.* Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 6, dez. 2013.

MACKENZIE, C. *et al.* *Non-speech oro-motor exercises in post-stroke dysarthria intervention: a randomized feasibility trial*. **Int J Lang Commun Disord**, v. 49, n. 5, p. 602-17, 2014.

ORTIZ, K. Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2010. 484p.

RANGEL, E. S. S; BELASCO, A. G. S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul. Enferm.** [Periódico na Internet], v. 26, n. 2, p.205-12, 2013.

RIBEIRO, A. F, ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com disartria atendidos em hospital terciário. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n.4, 2009.

SITTA, É. *et al.* A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em Afasia. **Rev. CEFAC**, v. 12, n. 6, p. 1059-1066, nov/dez. 2010.

SOUZA, T. N. U, PAYÃO, L. M. C. Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v.13, n. 2, p. 93-202, 2008.

SOUZA, T. N. U.; PAYÃO, M. C.; COSTA, R. C. C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. **Pró-Fono R. Atual Cient.**, v. 21, n. 1, mar. 2009.

TALARICO, T. R.; VENEGAS, M. J.; ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 2, 2011.