

Relatos de casos

Efeito do modelo terapêutico de recuperação de palavras em um paciente afásico expressivo: relato de caso

Effect of word retrieval therapy on a patient with expressive aphasia: a case report

Arieli Bastos da Silveira¹

<https://orcid.org/0000-0002-8560-4078>

Karina Carlesso Pagliarin¹

<https://orcid.org/0000-0003-2297-1396>

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Fonte de Auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 17/01/2019
Aceito em: 30/08/2019

Endereço para correspondência:
Arieli Bastos da Silveira
Rua Serafim Valandro, 1589, Ap. 103, Centro
CEP: 97015-631 – Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: arieli_silveira@hotmail.com

RESUMO

Verificar o efeito da terapia de recuperação de palavras em um indivíduo com afasia expressiva. Participante, 47 anos, 8 anos de escolaridade, com queixa de expressão após dois AVCs isquêmicos no hemisfério cerebral esquerdo. Foi aplicado pré e pós-terapia a Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL-BR), o Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve adaptada- (NEUPSILIN-Af), Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação (ASHA-FACS). Foi realizada uma sondagem com 50 palavras, 25 substantivos e 25 verbos para obter dados referentes a nomeação. As sessões ocorreram duas vezes por semana, durante 50 minutos. Nas sessões trabalhou-se com um conjunto de 25 imagens de substantivos e verbos, de forma oral e escrita durante seis sessões cada categoria. Nas três sessões finais, 10 figuras de substantivos e 10 de verbos foram inseridas em sentenças. Na pós-terapia, a sondagem demonstrou aumento do vocabulário em substantivos e verbos. Na Bateria MTL-BR houve melhoras em diferentes tarefas assim como no NEUPSILIN-Af. No ASHA-FACS foram relatadas melhoras nos aspectos de comunicação social e planejamento diário. Conclui-se que a terapia de recuperação de palavras foi efetiva pois houve ampliação do vocabulário e melhora em diversos aspectos linguísticos, comunicativos e cognitivos.

Descritores: Afasia; Linguagem; Adulto; Acidente Vascular Cerebral; Reabilitação Neuropsicológica

ABSTRACT

To verify the effect of word retrieval therapy on a patient with expressive aphasia. A forty-seven year-old, male, with 8 years of schooling, with complaints about not saying words after two ischemic stroke on the left hemisphere, participated in this study. The Montreal-Toulouse-Language Assessment Battery (MTL-BR), Brief Neuropsychological Assessment Instrument (NEUPSILIN-Af), Mini-Mental State Examination (MMSE) and Functional Assessment Communication Skills scale (ASHA-FACS) were used pre- and post-therapy. A baseline test with 50 words, 25 nouns and 25 verbs was applied to obtain data regarding naming ability. The sessions occurred twice a week, for 50 minutes. The intervention was based on a set of 25 images of nouns and verbs, in oral and written modalities during six sessions, for each category. On the three final sessions, 10 figures of nouns and 10 figures of verbs were added in sentences. In the post-therapy, the final baseline showed an increase in vocabulary of nouns and verbs. In the pos-intervention evaluation, the patient had an improvement in some tasks of MTL-BR battery, NEUPSILIN-Af tasks. Improvement in the social communication and daily planning aspects were reported in the ASHA-FACS. In conclusion, the word retrieval therapy was effective in this case, because there was an increase of the vocabulary and improvement in several linguistic, communicative and cognitive aspects.

Keywords: Aphasia; Language; Adult; Stroke; Neuropsychological Rehabilitation

INTRODUÇÃO

Mundialmente o acidente vascular cerebral (AVC) atinge cerca de 15 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 30% dos sobreviventes apresentam afasia¹. A afasia é o resultado de uma lesão neurológica focal adquirida que ocorre no hemisfério dominante para a linguagem (geralmente esquerdo) e afeta as capacidades linguísticas (ex: recuperação de palavras, produção sintática, compreensão verbal e/ou escrita) e, em alguns casos, cognitivas do indivíduo⁽¹⁾. A afasia pode impactar o funcionamento comunicativo e consequentemente a participação do indivíduo em atividades diárias^{1,2}.

Existem diferentes tipos de afasia, as quais são classificadas didaticamente e classicamente por suas manifestações em: afasias fluentes (receptivas) e afasias não fluentes (expressivas). Dentre as afasias fluentes estão a de Wernicke, transcortical sensorial, de condução e anômica. As afasias não fluentes englobam a de Broca, transcortical motora, mista e global. No entanto, na prática clínica muitos pacientes não se encaixam em nenhum desses tipos³, sendo classificados de acordo com o desempenho nas habilidades linguísticas. Neste sentido, este artigo tratará de um caso de afasia não fluente (expressiva).

De modo geral, nas afasias expressivas a fluência está prejudicada pela presença de anomias, parafasias fonêmicas, fonéticas, agramatismo, fala lenta, alteração de prosódia, dificuldade de compreensão em frases complexas e até mesmo mutismo³. Tais manifestações, quando detectadas, necessitam de intervenção fonoaudiológica o mais precocemente possível⁴. Mesmo em casos crônicos, a mediação terapêutica é de suma importância, pois o processo de neuroplasticidade cerebral não cessa após o acometimento neurológico, o que permite que se restabeleçam algumas funções cerebrais afetadas pela lesão⁵.

A terapia deve ser precedida por uma avaliação criteriosa que leve em consideração a história clínica e pessoal do paciente, suas necessidades e de seus familiares e cuidadores⁶. Além disso, instrumentos de avaliação padronizados são essenciais para verificar as habilidades linguísticas e cognitivas deficitárias e preservadas⁷.

Na literatura nacional, dos métodos avaliativos a serem utilizados antes da intervenção terapêutica em quadros afásicos, existe a Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL-BR)⁸ indicada especificamente para casos de distúrbios linguísticos. E o instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve

- NEUPSILIN⁹ que foi adaptado para afásicos expressivos – NEUPSILIN-Af¹⁰, justamente pela necessidade de avaliar demais funções cognitivas que podem estar afetadas nestes casos. Ambos instrumentos foram utilizados nesse estudo, além da Escala de Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação (ASHA-FACS) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM) com intuito de combinar as medidas formais de testes com medidas de habilidades comunicativas e sociais a fim de determinar o efeito da intervenção proposta. Além disso, estudos que analisem capacidades cognitivas de indivíduos afásicos, que não apenas a linguagem, também são importantes, pois a melhora cognitiva como um todo resulta em benefícios diretos na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, possibilitando a melhor socialização do sujeito.

Neste estudo, optou-se por utilizar a abordagem de recuperação de palavras, a qual é indicada para todos os tipos de afasia, principalmente expressivas, devido ao quadro de anomia, geralmente presente. Para tanto, pistas hierárquicas semânticas e fonológicas são utilizadas para estimular a recuperação de verbos e objetos¹¹. Esse método terapêutico, embora o mais antigo e ainda pouco estudado nacionalmente, é capaz de gerar amplos benefícios nas capacidades de recuperar as palavras, não só as estimuladas na clínica, mas em outros contextos comunicativos¹². Tal abordagem utiliza estimulações auditiva, visual, motora, mnemônica e atencional capazes de contribuir com avanços linguísticos, cognitivos e sociais.

A terapia de recuperação de palavras mostra-se efetiva na maioria dos artigos encontrados¹³⁻¹⁵, apresentando benefícios significativos, principalmente na nomeação de figuras, além de melhora no discurso e em itens não tratados. No estudo de Kendall et al.¹⁵ participaram oito afásicos em que para intervenção foram utilizados substantivos distribuídos em seis categorias (roupas, partes do corpo, itens domésticos, animais, transporte e escola). As figuras eram apresentadas e os participantes deveriam nomeá-las. Caso não conseguissem, eram fornecidas pistas semânticas, fonológicas, de repetição e ortográficas. Todos os participantes obtiveram melhora significativa, que se manteve em cinco pacientes após três meses sem intervenção. Outro estudo¹³ com três participantes com diferentes tipos de afasia, mostrou que a terapia de recuperação de palavras foi mais efetiva em pacientes não fluentes, mostrando que há um aumento de número de itens nomeados corretamente. Este estudo utilizou tanto pistas fonológicas como semânticas. No

entanto, salienta-se que embora os estudos citados apresentaram resultados importantes para clínica de afasiologia, foram realizados com poucos pacientes e estes não foram expostos a escrita como no presente trabalho.

A hipótese deste estudo é de que a terapia de recuperação de palavras auxiliará não apenas na denominação oral de substantivos e verbos¹³⁻¹⁵, como também no discurso, na compreensão, tanto oral como escrita, uma vez que a melhora do vocabulário, poderá auxiliar na sintaxe, análise e construção da linguagem. Espera-se também melhora de domínios cognitivos como memória e atenção, pois o paciente deverá atentar para o que é solicitado e resgatar na memória significados, funções das figuras trabalhadas, por exemplo. Desta forma, esta pesquisa pretende verificar os efeitos do método terapêutico de recuperação de palavras em um caso de afasia expressiva.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria sob o número 046225 e segue os Critérios da Ética em Pesquisa institucional conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participante do sexo masculino, 47 anos, destro e com oito anos de estudo (ensino fundamental completo). Trabalhava em uma empresa pública com função administrativa. Porém, desde a lesão cerebral, recebe benefício previdenciário. De acordo com o prontuário médico, o paciente apresentou dois AVCs isquêmicos no hemisfério esquerdo, um no mês de junho e outro em julho de 2013. Salienta-se que não foram localizados os exames de imagem realizados na época, apenas exames de sangue com resultados considerados dentro da normalidade pelo médico solicitante.

O indivíduo chegou para atendimento fonoaudiológico em junho de 2017, quatro anos após o evento, acompanhado pela irmã, com queixa de “não falar algumas palavras”, o que dificultava bastante sua interação social. Quando questionado a respeito de sua memória, apontava para cabeça indicando que as palavras estavam lá, mas não conseguia articular. Entretanto, referia compreender tudo o que escutava, mas o mesmo não acontecia com a escrita, pois não entendia o que lia. Logo após o episódio neurológico, não conseguia falar nenhuma palavra e, com o tempo,

reaprendeu as “letras”, segundo seu depoimento, isto é, reaprendeu a falar. Por inicialmente apresentar problemas motores, não conseguia escrever com a mão direita e então adaptou a escrita por meio da utilização da mão esquerda. Nega ter feito acompanhamento fonoaudiológico anterior.

Desde o episódio de AVC, demonstra maior dificuldade motora do lado direito do corpo, influenciando na marcha e na escrita. Realizou fisioterapia logo após a alta hospitalar durante três meses. Quanto à saúde em geral, mencionou ser hipertenso e ex-tabagista. Atualmente, utiliza os medicamentos Maleato de Enalapril, Ácido Acetilsalicílico e Varfarina (anticoagulante).

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: apresentar afasia predominantemente expressiva decorrente de AVC; ser falante monolíngue do Português Brasileiro; ser destro, de acordo com o Inventário de Edinburg¹⁶ presente no Questionário sociocultural e de aspectos de saúde para pacientes com AVC¹⁷; não apresentar distúrbios sensoriais (visuais e/ou auditivos), ou caso presentes, estarem corrigidos (uso de óculos e/ou aparelho auditivo); ausência de história atual ou prévia de uso abusivo de substâncias psicoativas¹⁷; apresentar nível de escolaridade acima de 5 anos, dado obtido por meio do Questionário sociocultural e de aspectos de saúde para pacientes com AVC¹⁷; não ter realizado intervenção fonoaudiológica anteriormente.

Os critérios de exclusão foram: apresentar afasia receptiva, caracterizada pela dificuldade de compreensão da fala, com diagnóstico realizado pela fonoaudióloga com experiência em avaliação de afasias; não apresentar anomia; apresentar quaisquer doenças neurológicas degenerativas, traumatismo cranioencefálico ou distúrbios psicológicos; ter menos que seis meses pós-lesão.

Avaliações pré e pós-intervenção

Primeiramente, realizou-se uma entrevista inicial com o participante e seu familiar, sendo aplicado o Questionário sociocultural e de aspectos de saúde para pacientes com AVC¹⁷ que visa avaliar as variáveis sociodemográficas e clínicas. Tal questionário foi utilizado a fim de caracterizá-lo.

Posteriormente, foram administrados os seguintes instrumentos:

- Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem – MTL-BR⁸ que examina, por meio de 22 tarefas, os componentes linguísticos envolvidos

na comunicação, compreensão e expressão oral (palavras, frases, texto e discurso), leitura (palavras, frases e textos), escrita (palavras, frases e discurso), repetição, nomeação, praxias e cálculo;

- Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN⁹ versão adaptada¹⁰ para quadros de afasia expressiva. Consiste em uma bateria de exame abreviado para fornecer um perfil neuropsicológico, quantitativo e qualitativo, de oito principais funções neuropsicológicas – Orientação Têmporo-Espacial, Atenção Concentrada (Auditiva), Percepção (Visual), Memória (de Trabalho, Episódico-Semântica, Semântica, Visual e Prospectiva), Habilidades Aritméticas, Linguagem (Oral e Escrita), Praxias (Ideomotora, Construtiva e Reflexiva) e Funções Executivas (Resolução de Problemas Simples e Fluência Verbal Fonêmica-Ortográfica), esta versão foi aplicada, pois apresenta opções de resposta verbal e motora que são interpretadas da mesma maneira, isto é, recebem a mesma pontuação independente do tipo de resposta.
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁸, que tem como objetivo avaliar o comprometimento cognitivo em adultos e identificar sinais de demência em pacientes acima de 60 anos. Para tanto utilizou-se o escore inferior a 23 pontos, para indivíduos com escolaridade entre 6 e 11 anos, como indicativo de demência¹⁹.
- Escala de Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação (ASHA-FACS)²⁰ com o objetivo de complementar avaliações tradicionais quantitativas e qualitativas de fala, linguagem e déficits cognitivos, por meio de informações do efeito de tais déficits no contexto comunicativo do cotidiano.

A avaliadora na pré e pós-intervenção foi uma fonoaudióloga com 10 anos de experiência em avaliação da afasia, e a intervenção fonoaudiológica foi realizada por outra fonoaudióloga com pós-graduação no assunto. As avaliações foram aplicadas em uma sala silenciosa, durante 60 minutos, divididas em 3 sessões.

Inicialmente, foi realizada pela primeira autora desse trabalho uma sondagem com figuras de 25 substantivos e 25 verbos da Bateria de Nomeação de Objeto e Ação²¹. Esta verifica a capacidade de nomeação do paciente. Foram contabilizadas as produções corretas com 1 ponto e, assim, obtido um escore total. As figuras foram selecionadas de acordo com o cotidiano do paciente.

A análise dos dados das avaliações foi realizada por meio do cálculo do escore z com base nas médias e desvios-padrão do grupo normativo correspondente em idade e escolaridade dos instrumentos da Bateria MTL-BR⁹ e NEUPSILIN-Af⁹, considerando-se deficitário quando o valor era $\leq -1,50$ e médio quando dentro do esperado conforme o grupo normativo. Além disso, analisaram-se dados subjetivos e qualitativos por meio das respostas do paciente e familiar (ASHA-FACS)²⁰, bem como o percentual de acertos obtidos na sondagem. Importante ressaltar que as imagens utilizadas na sondagem inicial foram as mesmas da avaliação final. A partir das avaliações realizadas foi estabelecido o seguinte diagnóstico fonoaudiológico: “Afasia predominantemente expressiva”.

Intervenção

As sessões tiveram duração de 50 minutos cada, sendo o atendimento realizado individualmente em sala silenciosa e ventilada. A terapia fonoaudiológica ocorreu duas vezes por semana, totalizando 15 sessões (2 meses).

Para intervenção, utilizou-se como base o modelo terapêutico proposto por Hillis¹¹. Desta forma, na primeira parte da intervenção, 50 figuras coloridas de diferentes categorias semânticas foram apresentadas por meio digital (computador HP Mini 210) e por meio de figuras impressas (material comercializado pela Super Duper). As figuras foram apresentadas ao paciente, com as inquirições: “o que é isso?”, “o que a pessoa está fazendo?” ou “o que está acontecendo?” da mesma forma sugerida pelo modelo de Hillis¹¹.

O paciente deveria responder por meio da nomeação ou descrição do que via na figura. Em cada palavra pronunciada de forma incorreta, a terapeuta fornecia pistas hierárquicas fonêmicas e/ou semânticas acerca do estímulo (ex: a palavra-alvo era “cozinha”, pista fonêmica: começa com [ko]; pista semântica: onde preparamos as refeições/comida) facilitando o acesso lexical e a produção correta. Caso ainda não conseguisse evocar a palavra, era dado o modelo pela fonoaudióloga para que houvesse repetição por imitação, tentando a melhor produção. Para fins de retenção da palavra na memória, era trabalhado o que as palavras significavam, onde encontravam-se os objetos, etc., além de escrever o nome de cada palavra trabalhada e seu significado, função, etc. Alguns exemplos de ações apresentadas nas imagens eram o ato de escovar os dentes, trocar a lâmpada e jogar bola. Nos objetos, havia utensílios de cozinha,

ferramentas, móveis da casa e objetos de higiene pessoal, por exemplo.

Primeiramente, durante as seis primeiras sessões, trabalhou-se com um conjunto de 25 imagens de substantivos, de forma oral e escrita. Nas seis sessões seguintes foram trabalhados 25 verbos comuns ao vocabulário do indivíduo. Nas três sessões finais, 10 figuras de substantivos e 10 de verbos foram inseridas em sentenças. Desta forma, no nível de palavras, tanto com os substantivos quanto com os verbos, eram apresentadas 4 figuras por sessão e na última sessão eram apresentadas 5. No nível de sentenças, foram trabalhadas 6 sentenças por duas sessões e 8 na última sessão. O número de palavras era maior na última sessão devido ao paciente já ter maior treino do que nas primeiras sessões, facilitando a melhor produção e fluência verbal.

Durante as sessões cada figura era trabalhada por aproximadamente 10 minutos e no momento que o paciente atingisse a pronúncia oral mais próxima do correto, outra palavra era estimulada. Após 40 minutos de sessão, era realizada uma sondagem com as 4 figuras trabalhadas, para verificar se houve memorização. Caso o paciente não conseguisse evocar as palavras trabalhadas estas eram escritas no caderno junto com a colagem das figuras para que repetisse a mesma tarefa em casa. Na sessão seguinte, estas mesmas palavras eram retomadas e então era iniciada a sessão propriamente dita com outro grupo de palavras.

A estratégia de apresentação dos estímulos era a mesma em todas as sessões, mas para que os estímulos pudessem ser substituídos de categoria era

necessário que o paciente atingisse 90% da precisão de nomeação tanto oralmente quanto na escrita dos estímulos trabalhados. Dessa mesma forma, o paciente deveria acertar 90% da nomeação das imagens de cada categoria para que posteriormente pudesse inseri-las em sentenças¹¹. A partir do momento que ele apresentasse a precisão no nível de palavras, ele era incentivado a elaborar sentenças utilizando as figuras trabalhadas, nas últimas sessões. Assim, ao completar o nível de sentenças, por meio da mesma análise feita para as palavras produzidas, o processo terapêutico baseado na abordagem de recuperação de palavras foi encerrado. Vale salientar que em todas as sessões eram dadas orientações sobre a continuação da estimulação linguística em casa, por meio do diálogo, leitura e escrita.

RESULTADOS

Na sondagem realizada pré-intervenção²¹, o paciente nomeou corretamente 32% (oito) figuras de substantivos e nenhum verbo (0%). Pós-intervenção nomeou corretamente 53,28% (13) substantivos e 32% (13) verbos.

Na avaliação qualitativa pré-intervenção da MTL-BR⁸, o paciente apresentava erros linguísticos como paragrafias grafêmicas e literais, parafasias fonêmicas, fonéticas, formais, semânticas e verbais, anomias, circunlóquios, neologismos, agramatismos e gestos. Na avaliação pós-intervenção, os mesmos processos permaneceram, porém, apresentou também paráfrases e perseverações.

Na Tabela 1 estão expostos os dados quantitativos pré e pós-intervenção da Bateria MTL-BR⁸.

Tabela 1. Dados quantitativos pré e pós-intervenção da Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem

Tarefas	Pré-intervenção			Pós-intervenção		
	Escore bruto	Escore Z	Classificação	Escore bruto	Escore Z	Classificação
Entrevista dirigida	26/26	0,27	Médio	26/26	0,27	Médio
Linguagem automática – forma	2/6	-9,27	Déficit	2/6	-9,27	Déficit
Linguagem automática – conteúdo	3/6	-9,67	Déficit	3/6	-9,67	Déficit
Compreensão oral – palavras	4/5	-2,18	Déficit	4/5	-2,18	Déficit
Compreensão oral – frases	10/14	-2,06	Déficit	11/14	-1,33	Médio
Compreensão oral – total	14/19	-2,29	Déficit	15/19	-1,84	Déficit
Discurso narrativo oral – total de palavras	26	-0,99	Médio	26	-0,99	Médio
Discurso narrativo oral – total unidades de informação	4/10	-0,88	Médio	5/10	-0,46	Médio
Discurso narrativo oral – total elementos cenas	0/3	-1,91	Déficit	1/3	-0,92	Médio
Compreensão escrita – palavras	5/5	0,17	Médio	5/5	0,17	Médio
Compreensão escrita – frases	7/8	-0,97	Médio	7/8	-0,97	Médio
Compreensão escrita – total	12/13	-0,78	Médio	12/13	-0,78	Médio
Cópia	8/8	0,30	Médio	8/8	-0,30	Médio
Escrita sob ditado	4/22	-6,39	Déficit	6/22	-5,55	Déficit
Repetição – palavras	1/11	-17,50	Déficit	4/11	-12,14	Déficit
Repetição – frases	2/22	-46,21	Déficit	5/22	-39,23	Déficit
Repetição – total	3/33	-41,21	Déficit	9/33	-32,87	Déficit
Leitura em voz alta – palavras	4/12	-6,22	Déficit	6/12	-4,45	Déficit
Leitura em voz alta – frases	7/21	-55,39	Déficit	17/21	-22,05	Déficit
Leitura em voz alta – total	11/33	-18,42	Déficit	23/33	-7,89	Déficit
Fluência verbal semântica	6	-2,30	Déficit	12	-1,19	Médio
Praxias não-verbais	24/24	-*	Médio	24/24	-*	Médio
Nomeação oral – substantivos	17/24	-6,30	Déficit	19/24	-4,30	Déficit
Nomeação oral – verbos	4/6	-1,41	Médio	6/6	-0,60	Médio
Nomeação oral – total	21/30	-5,73	Déficit	25/30	-2,88	Déficit
Manipulação de objetos sob ordem verbal	15/16	-2,58	Déficit	16/16	0,19	Médio
Fluência verbal fonológica/ortográfica	2	-1,88	Déficit	3	-1,72	Déficit
Reconhecimento de partes do corpo e noções D/E – total	8	0,18	Médio	8	0,18	Médio
Nomeação escrita – substantivos	4/24	-8,14	Déficit	7/24	-6,68	Déficit
Nomeação escrita – verbos	0/6	-6,43	Déficit	2/6	-4,10	Déficit
Nomeação escrita – total	4/30	-8,30	Déficit	9/30	-3,35	Déficit
Compreensão oral do texto	7/9	0,14	Médio	6/9	-0,29	Médio
Ditado de números	3/6	-9,67	Déficit	4/6	-6,33	Déficit
Leitura de números	4/6	-5,34	Déficit	4/6	-5,34	Déficit
Discurso narrativo escrito – total palavras	8	-1,23	Médio	12	-1,02	Médio
Discurso narrativo escrito – total unidades informação	2/10	-1,29	Médio	4/10	-0,55	Médio
Discurso narrativo escrito – total elementos cenas	0/3	-1,87	Déficit	1/3	-0,77	Médio
Compreensão escrita do texto	5/9	-1,76	Déficit	7/9	-4,70	Déficit
Cálculo mental	3/6	-1,18	Médio	4/6	-0,32	Médio
Cálculo escrito	6/6	0,93	Médio	5/6	0,36	Médio
Cálculo – total	9/12	0,10	Médio	9/12	0,11	Médio

* Caselas preenchidas com um traço indicam que, para aquela tarefa, a ocorrência de erros na amostra normativa foi inexistente, isto é, todos os participantes acertaram todos os itens. Como o desvio-padrão é zero, o cálculo não pode ser realizado.

Conforme a Tabela 1, as tarefas de Compreensão Oral (Frases), Discurso Narrativo Oral e Escrito (total elementos cenas), Fluência Verbal Semântica e Manipulação de Objetos Sob Ordem Verbal estavam deficitárias na avaliação pré-intervenção e evoluíram para a média na avaliação pós-intervenção. As demais tarefas que estavam dentro da média e as que

apresentavam déficit na pré-intervenção mantiveram o mesmo nível na avaliação pós-terapia. Porém, houve diminuição nos valores do escore z dessas tarefas.

A Tabela 2 apresenta os dados quantitativos da avaliação pré e pós-intervenção do instrumento NEUPSILIN-Af¹⁰.

Tabela 2. Dados quantitativos pré e pós-intervenção do NEUPSILIN-Af

Tarefas	Pré-intervenção			Pós-intervenção		
	Escore bruto	Escore Z	Classificação	Escore bruto	Escore Z	Classificação
Orientação espacial	4/4	0,13	Médio	4/4	0,13	Médio
Orientação temporal	3/4	-1,43	Médio	4/4	0,45	Médio
Orientação temporo-espacial (total)	7/8	-1,26	Médio	8/8	0,47	Médio
Atenção (contagem inversa)	20/20	0,33	Médio	20/20	0,33	Médio
Atenção (repetição sequência de dígitos)	2/7	-0,61	Médio	3/7	-0,11	Médio
Atenção (total)	22/27	-0,00	Médio	23/27	0,23	Médio
Percepção (igualdade e diferenças)	6/6	0,68	Médio	6/6	0,68	Médio
Percepção (hemineg. visual)	1/1	.*	Médio	1/1	.*	Médio
Percepção de faces	2/3	-0,90	Médio	1/3	-2,59	Déficit
Percepção (reconhec. faces)	2/2	0,31	Médio	2/2	0,31	Médio
Percepção (total)	11/12	0,21	Médio	10/12	-0,57	Médio
Memória de trabalho (ordenam. inverso dígitos)	2/10	-2,32	Déficit	2/10	-2,32	Déficit
Memória (span auditivo palavras e sentenças)	10/28	-0,55	Médio	12/28	-0,08	Médio
Memória trabalho (total)	12/38	-1,27	Médio	14/38	-0,89	Médio
Memória verbal (evocação imediata)	2/9	-1,85	Déficit	4/9	-0,31	Médio
Memória verbal (evocação tardia)	0/9	-1,07	Médio	4/9	1,63	Médio
Memória verbal (reconhecimento)	16/22	1,76	Médio	15/22	1,33	Médio
Memória verbal E-S (total)	18/40	0,02	Médio	23/40	1,26	Médio
Memória semântica (longo prazo)	5/5	0,28	Médio	5/5	0,28	Médio
Memória visual (curto prazo)	3/3	0,64	Médio	2/3	-0,88	Médio
Memória prospectiva (total)	2/2	0,80	Médio	2/2	0,80	Médio
Memória (total)	40/88	-0,81	Médio	44/88	-0,22	Médio
Habilidades aritméticas	8/8	0,68	Médio	6/8	-0,59	Médio
Lgg (automática)	2/4	0,13	Médio	3/4	6,80	Médio
Lgg (nomeação)	4/4	.*	Médio	4/4	.*	Médio
Lgg (repetição)	4/10	-12,0	Déficit	6/10	-7,83	Déficit
Lgg (compreensão)	3/3	0,43	Médio	3/3	0,43	Médio
Lgg (inferências)	2/3	-0,59	Médio	3/3	1,05	Médio
Lgg oral (total)	15/24	-5,21	Déficit	19/24	-1,67	Déficit
Lgg (leitura em voz alta)	4/12	-15,4	Déficit	8/12	-7,42	Déficit
Lgg (compreensão escrita)	2/3	-1,74	Déficit	3/3	0,43	Médio
Lgg (escrita espontânea)	2/2	0,71	Médio	2/2	0,71	Médio
Lgg (escrita copiada)	2/2	0,31	Médio	2/2	0,31	Médio
Lgg (escrita ditada)	5/12	-4,09	Déficit	5/12	-4,09	Déficit
Lgg Escrita (total)	15/31	-7,38	Déficit	19/31	-5,17	Déficit
Lgg (total)	30/55	-8,05	Déficit	38/55	-4,70	Déficit
Praxia Ideomotora	3/3	0,13	Médio	3/3	0,13	Médio
Praxia construtiva	13/16	0,55	Médio	13/16	0,55	Médio
Praxias (Total)	2/3	-0,10	Médio	2/3	-0,10	Médio
Motor abilities (total)	18/22	0,49	Médio	16/22	-0,26	Médio
Resolução problemas (Total)	1/2	-1,23	Médio	2/2	0,55	Médio
Fluência verbal ortográfica (palavras) (2min)	3	-2,28	Déficit	5	-1,77	Déficit

Legenda: Linguagem (Lgg); Episódico-semântica (E-S)

* Caselas preenchidas com um traço indicam que, para aquela tarefa, a ocorrência de erros na amostra normativa foi inexistente, isto é, todos os participantes acertaram todos os itens. Como o desvio-padrão é zero, o cálculo não pode ser realizado.

Conforme a Tabela 2, as tarefas de memória verbal (evocação imediata) e Linguagem (compreensão escrita) estavam deficitárias. Na avaliação pós-terapia, estas se encontravam na média. As tarefas que estavam deficitárias na avaliação inicial como linguagem (repetição, nomeação oral total, leitura em voz alta, escrita ditada, escrita total) e memória de trabalho (ordenamento inverso dígitos), permaneceram deficitárias na reavaliação. Apesar disso, os valores do escore z demonstraram redução, havendo diminuição

na intensidade do déficit presente, porém na tarefa de Percepção de faces houve piora.

Além disso, embora as tarefas de orientação tempo-espacial, atenção, memória, linguagem e resolução de problemas possuam a opção de Resposta Oral (RO) ou resposta motora (RM), houve preferência por respostas orais pelo paciente e diminutas respostas de forma motora.

A Tabela 3 apresenta os dados quantitativos pré e pós-intervenção do MEEM¹⁸.

Tabela 3. Dados quantitativos pré e pós-intervenção do Mini Exame do Estado Mental

TAREFAS	PRÉ-INTERVENÇÃO	PÓS-INTERVENÇÃO
Orientação /10	10	10
Registro /3	2	2
Atenção e Cálculo /5	1	2
Evocação/3	0	1
Linguagem/9	8	9

Conforme a Tabela 3, com o resultado do MEEM pré-intervenção, as tarefas que apresentaram melhor desempenho na pós-intervenção foram linguagem, atenção e evocação. A pontuação total obtida foi de 21. Na reavaliação, o paciente apresentou melhora nessas tarefas atingindo 24 pontos.

Na avaliação pré-intervenção do ASHA-FACS, no domínio Comunicação Social houve pontuação máxima, 7 (desempenho adequado, sem auxílio) para 16 itens, sendo que o familiar pontuou os itens 11 (compreende expressões de duplo sentido), 12 (compreende conversas em ambiente barulhento) e 19 (consegue acompanhar a conversa quando outro muda o assunto) como 6 (necessita de assistência mínima) e os itens 18 (muda o tema da conversa) e 21 (corrige seus erros de comunicação) como 5 (necessita de assistência mínima a moderada). No domínio Necessidades Básicas, o familiar referiu que ele apresenta desempenho adequado para todos os itens apresentados, sem necessidade de qualquer auxílio. Quanto ao domínio Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos, suas maiores dificuldades estão relacionadas aos itens 34 (preenche pequenos formulários) e 35 (anota recado), pontuados como 5. Por fim, no domínio Planejamento Diário, pontuou 6 nos itens 39 (Sabe dizer as horas) e 40 (disca números no telefone). No entanto, o item 42 (orienta-se por meio de mapas) não foi observado pela informante e os demais estavam

adequados. Na reavaliação, no domínio Comunicação Social, apenas o item 21 permaneceu com auxílio mínimo. As Necessidades Básicas permaneceram adequadas. No domínio de Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos os itens 34 e 35 ainda necessitam de auxílio mínimo. E o Planejamento Diário, os itens 39, 40 e 42 também necessitam de auxílio mínimo.

Salienta-se, ainda, que conforme relatos do paciente e de sua irmã, ao final do processo terapêutico, houve melhoras de comunicação oral e escrita. Atualmente ele está mais motivado e socialmente inserido na comunidade, pois consegue realizar mais facilmente atividades de vida diária, como fazer compras. Esses dados foram obtidos pela autoavaliação do paciente, notando que está mais comunicativo, conseguindo manter diálogo e ser entendido pelas pessoas.

DISCUSSÃO

Ao verificar os efeitos da proposta de intervenção de recuperação de palavras em um caso único, a partir dos resultados encontrados, pode-se observar melhora em diversos aspectos linguísticos, comunicativos e cognitivos, conforme é o esperado na reabilitação das afasias⁵. Isso acontece quando se compreende a importância dos processos cognitivos na otimização das terapias existentes e é dado enfoque às limitações existentes na linguagem de cada indivíduo².

O melhor desempenho na sondagem realizada pós-intervenção confirma os resultados obtidos em outro estudo¹³ em que o modelo terapêutico abordado foi efetivo no tratamento do indivíduo com afasia não fluente, uma vez que possibilitou melhora na nomeação dos itens, os quais no início do processo terapêutico não eram evocados. Além disso, esse método de intervenção preconiza a generalização às palavras não treinadas, isto é, vocábulos que não foram diretamente estimulados são adquiridos juntamente com os que foram trabalhados em sessão¹¹, conforme observado na sondagem.

Esperava-se melhora principalmente nas tarefas de nomeação da Bateria MTL-BR, devido ao enfoque principal da terapia ser a recuperação de palavras. No entanto, são poucos itens nesta tarefa e para estarem dentro dos padrões de normalidade, somente um erro é permitido. Desta maneira, a avaliação não proporciona, a partir do escore z, a verificação dos reais avanços obtidos pelo paciente, uma vez que se manteve deficitário mesmo nomeando corretamente 4 itens a mais na pós-avaliação⁸.

A mesma análise deve ser realizada considerando o NEUPSILIN-Af¹⁰, em que a tarefa de nomeação está dentro dos padrões de normalidade, em contraposição aos resultados obtidos na MTL-BR⁸. Neste sentido, a sondagem utilizada permitiu obter dados que complementam tais avaliações e demonstram a evolução do paciente, embora ainda insuficiente conforme o esperado.

As tarefas que envolvem a expressão oral como discurso narrativo e fluência verbal semântica obtiveram resultados positivos ao final do tratamento. Isso se deve ao enfoque dado em terapia, o que possibilitou aumento do léxico do paciente (Tabela 1).

Percebe-se que a escrita, por ter sido bastante estimulada em terapia junto com a oralidade, também contribuiu para a melhora dos resultados na tarefa de discurso narrativo escrito e compreensão escrita do texto, embora esta última tarefa ainda apresenta-se deficitária conforme os padrões de normalidade da bateria (Tabela 1). Tais resultados se justificam pelo enfoque dado em terapia que não compreendiam a escrita de textos ou compreensão textual, mas ainda assim a intervenção contribuiu para ganhos nestes aspectos. Isso se deve ao fato de que fala e escrita estão diretamente relacionadas e são importantes para o processo comunicativo, já que ambas servem para mediar ideias²².

Na pré-intervenção, o paciente não conseguia formar frases e sua fala era por vezes ininteligível, somando-se a isso a presença de anomias e diversos distúrbios linguísticos. Tais distúrbios aumentaram na pós-intervenção. Isso ocorreu devido a um aumento na produção de palavras (substantivos e verbos) que antes eram suprimidas. Ainda, surgiram mais processos linguísticos em sua fala, em que a sintaxe se tornou mais adequada e, em consequência disso, o discurso ficou mais fluente, caracterizando melhora nesses aspectos mesmo que com erros.

Anteriormente à intervenção terapêutica, o discurso do paciente apresentava incoerência, com pausas longas e omissões de sons e palavras, o que dificultava a compreensão do interlocutor. Os déficits discursivos estão relacionados a falta de coerência em frases, diminuição das informações no diálogo quando se quer transmitir algo, dificuldade em compreender inferências e os transtornos no emprego de pistas para que se possa fluir o diálogo²³, que devem ser considerados em indivíduos afásicos.

De modo geral, houve melhoras não só na linguagem do paciente, como também em outros domínios cognitivos, principalmente relacionados à memória. Isso pode ser observado nas respostas do NEUPSILIN-Af¹⁰ (Tabela 2) e do MEEM¹⁸ (Tabela 3). Esses resultados podem ser justificados pelo próprio método de intervenção em que faz com que o paciente evoque as palavras trabalhadas oralmente, de forma escrita e dê significado a elas, o que permite a retenção da palavra na memória¹³. Além disso, sabe-se que MEEM não é uma avaliação indicada para afásicos uma vez que requer linguagem expressiva. A avaliação pós-intervenção confirma isso uma vez que houve melhoras em diferentes aspectos cognitivos.

O rebaixamento no desempenho na tarefa de percepção de faces do NEUPSILIN-Af¹⁰ pode ter ocorrido devido ao cansaço ou até mesmo desmotivação do participante durante a reavaliação. No entanto, pode-se observar melhor desempenho em tarefas atencionais do NEUPSILIN-Af¹⁰ e do MEEM¹⁸. A atenção é um dos mecanismos cognitivos primordiais para a aprendizagem e armazenamento correto das informações recebidas²⁴, o que contribui positivamente para o sucesso terapêutico.

Ao melhorar a linguagem expressiva, os resultados do instrumento ASHA-FACS²⁰ também evoluíram positivamente. Os itens de Comunicação Social e Planejamento Diário tiveram maior progresso do que as tarefas de cálculos, leitura e escrita. Esses achados

foram encontrados na literatura²⁵ em um estudo que um paciente com comprometimento linguístico apresentou uma pontuação alta no ASHA-FACS²⁰, mais do que seria esperado para alguém com um prejuízo de linguagem tão significativo.

Após o tratamento, houve melhora na expressividade, o participante apresentou melhora na comunicação com o uso correto de palavras e frases, mesmo que, por vezes, de forma limitada quanto à sintaxe, devido à presença de agramatismos em alguns momentos. Estas alterações linguísticas ocorrem como recurso para o aperfeiçoamento das palavras, que antes eram suprimidas. Além desses aspectos, ressalta-se que o tempo entre o episódio de AVC e o início da terapia pode ter limitado alguns ganhos, pois o tempo de lesão é um dos principais influenciadores no progresso linguístico⁴.

Desta maneira, a terapia com a utilização de figuras representando substantivos e verbos foi capaz de proporcionar a ampliação do vocabulário do paciente, o que auxiliou na comunicação oral, tornando-a mais inteligível. Além da melhora nos substantivos, esses mesmos benefícios foram encontrados em um estudo²⁶ que investigou o efeito da terapia de recuperação de palavras (verbos) por meio de diversos níveis de produção de linguagem como características semânticas e pistas. Os resultados exibiram ganhos significantes na nomeação de verbos tratados e de menor efeito em verbos não-tratados, além de constar mudanças favoráveis de verbos em nível de sentenças.

Apesar dos benefícios encontrados a partir do método terapêutico utilizado, há limitações importantes, uma vez que apenas um sujeito foi estudado e, desta forma, a generalização destes resultados não é possível.

COMENTÁRIOS FINAIS

Após a intervenção terapêutica, foi possível verificar que houve melhoras linguísticas e cognitivas no caso estudado, indicando que o tratamento a partir da recuperação de palavras foi eficaz nesse estudo de caso único.

Devido ao tempo de início ao processo terapêutico ter sido tardio, em um período curto de intervenção e por não ter sido utilizado um modelo terapêutico que englobe todos os aspectos defasados, houve influência negativa na melhora de alguns processos de linguagem e cognição, como repetição, leitura em voz alta, memória e linguagem escrita.

Por fim, sugere-se a continuidade de estudos que utilizem essa abordagem para reafirmar os benefícios encontrados ao aplicá-la em pacientes afásicos expressivos.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pela bolsa de mestrado; à fonoaudióloga Raira Fernanda Altemann pela colaboração no processo de avaliação do cliente. E ao sujeito desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Flowers HL, Skoretz SA, Silver FL, Rochon E, Fang J, Flamand-Roze C et al. Poststroke aphasia frequency, recovery, and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97(12):2188-201.
2. Meier EL, Johnson JP, Villard S, Kiran S. Does naming therapy make ordering in a restaurant easier? Dynamics of co-occurring change in cognitive-linguistic and functional communication skills in aphasia. *Am J Speech Lang Hear Pathol.* 2017;26(2):266-80.
3. Beber B. Proposta de apresentação da linguagem oral no adulto e no idoso. *Disturb. Comun.* 2019;31(1):160-9.
4. Fama ME, Baron CR, Hatfield B, Turkeltaub PE. Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Top Stroke Rehabil.* 2016;23(4):276-83.
5. Kiran S, Thompson CK. Neuroplasticity of language networks in aphasia: advances, updates, and future challenges. *Front Neurol.* 2019;10(2):295.
6. Worrall L, Papathanasiou I, Sherratt S. Therapy approaches to aphasia. In: Papathanasiou I, Coppens P, Potagas C (org). *Aphasia and related neurogenic communication disorders.* Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013. p.93-111.
7. Pagliarin KC, Ortiz KZ, Parente MAM, Nespoulous J, Joannette Y, Fonseca RP. Individual and sociocultural influences on language processing as assessed by the MTL-BR Battery. *Aphasiology.* 2014;28(10):1244-57.
8. Parente MAMP, Fonseca RP, Pagliarin KC, Barreto SS, Soares-Ishigaki ECS, Hubner LC et al. Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem – Bateria MTL-Brasil. São Paulo: Vetor Editora; 2016.

9. Fonseca RP, Salles JF, Parente MAMP. Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve - NEUPSILIN. São Paulo: Vetor; 2009.
10. Fontoura DR, Rodrigues JC, Parente MAPP, Fonseca R, Salles JF. Adaptação do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN para avaliar pacientes com afasia expressiva: NEUPSILIN-Af. *Cien. Cog.* 2011;16(3):78-94.
11. Hillis AE. Efficacy and generalization of treatment for aphasic naming errors. *Arch Phys Med Rehabil.* 1989;70(8):632-6.
12. Boyle M. Semantic feature analysis treatment for anomia in two fluent aphasia syndromes. *Am J Speech Lang Pathol.* 2014;13(3):236-49.
13. Fridriksson J, Moser D, Bonilha L, Morrow-Odom KL, Shaw H, Fridriksson A et al. Neural correlates of phonological and semantic-based anomia treatment in aphasia. *Neuropsychol.* 2007;45(2007):1812-22.
14. Harnish SM, Morgan J, Lundine JP, Bauer A, Singletary F, Benjamin ML et al. Dosing of a cued picture-naming treatment for anomia. *Am J Speech-Language Pathol.* 2014;23(2):285-97.
15. Kendall DL, Oelke M, Brookshire CE, Nadeau SE. The influence of phonomotor treatment on word retrieval abilities in 26 individuals with chronic aphasia: an open trial design. *J Speech, Lang Hear Res.* 2015;58(3):798-812.
16. Oldfield RC. The assessment and analysis of handedness: the Edinburgh inventory. *Neuropsychologia.* 1971;9(1):97-113.
17. Fonseca RP, Zimmermann N, Oliveira CR, Gindri G, Pawlowski J, Scherer LC et al. Métodos em avaliação neuropsicológica: pressupostos gerais, neurocognitivos, neuropsicolinguísticos e psicométricos no uso e desenvolvimento de instrumentos. In: Fukushima S (org). *Métodos em psicobiologia, neurociências e comportamento.* São Paulo: ANPEPP; 2012. p. 266-96.
18. Chaves ML, Izquierdo Y. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurol Scand.* 1992;85(6):378-82.
19. Kochhann R, Varela JS, Lisboa CSM, Chaves MLF. The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Demet Neuropsychol.* 2010;4(1):35-41.
20. Fratalli C, Thompson CK, Holland AL, Wohl CB, Ferketic M. Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS). Rockville (MD): American Speech-Language-Hearing Association; 1995.
21. Druks J, Masterson J. An object and action naming battery. Hove (UK): Psychology Press; 2000.
22. Catts HW, Kahmi AG. Language and reading: convergences and divergences. In: Catts HW, Khami AG (eds). *Language and reading disabilities.* Boston: Pearson; 2005. p.1-25.
23. Rogalski Y, Altmann LJP, Plummer-D'Amato P, Behrman AL, Marsiske M. Discourse coherence and cognition after stroke: a dual task study. *J Commun. Disord.* 2010;43(3):212-24.
24. Scherer L, Gabriel R. Processamento da linguagem: contribuições da neurolinguística. *Signo.* 2007;32(53):66-81.
25. Paul D, Fratalli C, Holland A, Wohl CB, Ferketic M. Functional assessment of communication skills for adults—addendum. Rockville, MD: American Speech-Language Hearing Association; 2004.
26. Zormpa E, Brehm LE, Hoedemaker RS, Meyer AS. The production effect and the generation effect improve memory in picture naming. *Memory.* 2019;27(3):340-52.