

TERAPIA DE LINGUAGEM NA AFASIA

*MAURO SPINELLI **

*JAIRZA LAPETINA ***

*MARIA LUIZA ROSADO ****

*PEDRO SIMÕES ROSADO ****

*JOSÉ GERALDO CAMARGO LIMA *****

A capacidade de comunicação com seus semelhantes é fundamental para o bem-estar social, econômico e psicológico do ser humano e os distúrbios desta capacidade impedem a sua participação integral na sociedade. A mais importante forma de comunicação do ser humano se dá através da linguagem escrita e falada que se realizam graças à capacidade de simbolização do cérebro humano. Lesões cerebrais que provocam falhas na simbolização, conduzem ao aparecimento do quadro clínico denominado afasia ou disfasia. A causa mais frequente de afasia no paciente adulto, faixa etária a que se refere o presente trabalho, é a patologia vascular cerebral, vindo, em segundo lugar, os traumatismos crânio-encefálicos.

A preocupação em reintegrar os afásicos à sociedade data de longo tempo e, já em 1890, Bateman (citado por Sarno & col.¹⁰) sugeria que um meio de restaurar a linguagem seria a "reeducação". Em 1901, Charles Mills (citado por Cruchaga³) publicou um artigo intitulado "O tratamento dos afásicos pelo treinamento". Muitos anos se passaram, mas até a presente data, ainda prosseguem as divergências de opinião sobre os métodos e os resultados da reeducação da linguagem na afasia. Lenneberg⁸ considera que o paciente adulto não reaprende a linguagem mediante processos de aprendizagem, apoiando a posição de Godfrey & Douglas⁵ que não vêem diferença entre resultados espontâneos e resultados atribuídos a processos de reeducação da linguagem. Luria⁹ e Vignolo¹⁴ apresentam casuística na qual a boa evolução não pode ser atribuída à recuperação espontânea. Cruchaga³ e Schuell & col.¹² consideram que a terapia de linguagem na afasia é mais uma arte do que uma ciência e que os seus resultados são de difícil quantificação. Eles sugerem que o debate sobre a efetividade da terapia provavelmente não terá fim, pois a questão envolve um número muito grande de variáveis, o que impede a comparação dos resultados

Trabalho do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina, da Disciplina de Foniatria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e do Centro de Distúrbios da Audição e Linguagem de São Paulo, apresentado no VII Congresso Brasileiro de Neurologia (Salvador, Bahia, 18-22 julho, 1976): * Professor de Foniatria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; ** Fonoaudióloga do Centro de Distúrbios da Audição e Linguagem de São Paulo; *** Médico Estagiário da Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina; **** Professor Adjunto da Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina.

obtidos por diferentes autores. Esta posição é bastante pessimista se forem analisados os esforços e avanços da patologia da comunicação, no sentido de tornar objetivos os seus procedimentos e avaliações.

A indicação ou não de terapia de linguagem para afásicos tem sido feita com base em resultados de testes, como o Functional Communication Profile (FCP), preconizado por Sarno & col.¹⁰ e outros métodos que permitem traçar o perfil funcional do paciente e, assim, determinar o tipo e grau de perturbações que ele apresenta. Autores como Butfield & Zangwill² e Sands & col.¹¹ consideram que o prognóstico é mau nos casos severos. Godfrey & Douglas⁵ e Cruchaga³ são alguns que não consideram vantajosa a terapia em casos com muito comprometimento da recepção. Todavia, há estudos, como o de Vignolo¹⁴, demonstrando haver boa evolução em casos severos receptivos.

Quanto à idade, os afásicos idosos têm sido considerados de mau prognóstico (Godfrey & Douglas⁵). Eisenson⁴ observa que os melhores resultados são obtidos em jovens, mas não exclui a indicação de terapia nos casos de pessoas idosas. O início da terapia, para Beyn¹, Leche⁷, Vignolo¹⁴ e Seffer¹³, deve ser o mais precoce possível, desde que as condições clínicas do paciente o permitam. Assim há a vantagem de se ir de encontro a uma possível recuperação espontânea, o que apressa a evolução, além de evitar indesejáveis fenômenos de adaptação que ocorrem em todo o afásico após algum tempo.

O método a ser utilizado depende do tipo e grau de afasia, além de outros fatores de menor importância. Não existem "fórmulas" ou métodos-padrões. Wepman¹⁵ lembra que os métodos são quase tão numerosos quanto os afásicos. O plano de terapia deve ser adaptado a cada paciente e a grande maioria usa alguma forma de estimulação auditiva, como afirmam Sarno & col.¹⁰. As metas a atingir também influem na escolha do método. Se o terapeuta se preocupa exclusivamente com a fala, terá maiores possibilidades de obter sucesso mediante técnicas estritamente programadas, como as descritas por Holland & Harris⁶. Se o terapeuta encara, como um problema psicolinguístico, psiconeurológico e psico-social e visa a aperfeiçoar a linguagem e auxiliar o afásico na reintegração social, seu método deverá incluir menos técnicas dirigidas aos aspectos articulatórios e mais procedimentos livres, sob a forma de diálogos.

As bases neurofisiológicas da terapia de linguagem são discutidas por Cruchaga³ que considera haver estimulação de funções deficitárias, tal como se atua frente a um membro parético, e ainda a utilização de reflexos condicionados e de automatismos latentes. Luria⁹ enfatiza o papel do terapeuta no sentido de colaborar para a reorganização de sistemas funcionais, pelos quais o resultado final da atuação de sistemas orgânicos pode ser obtido de forma aceitável, embora de formas diferentes das utilizadas habitualmente. As bases psicológicas da terapia são apresentadas por Wepman¹⁵ e Eisenson⁴ que atribuem à motivação e à desinibição, papéis fundamentais para a recuperação do afásico.

Para Beyn¹, Cruchaga³ e Seffer¹³ a duração da terapia deve ser longa, no mínimo de um ano, em sessões diárias ou em dias alternados. As sessões não devem ser demoradas para não cansar os pacientes. Beyn¹ ainda sugere que, após o término do plano de terapia, um programa de manutenção, com

sessões a intervalos de três a quatro meses, seria útil para impedir que o paciente venha a perder as funções linguísticas readquiridas. A avaliação dos resultados da terapia é feita, em geral, utilizando-se o método ou teste empregado na avaliação inicial e comparando os escores obtidos pelo paciente, antes e depois da terapia.

MATERIAL E METODOS

Indicamos a terapia de linguagem para todos os casos de afasia, desde que não sejam devidos a lesão evolutiva. Iniciamos o tratamento o mais precocemente possível. Os fundamentos teóricos de nossa estratégia são basicamente os de Elsenon⁴, Luria⁵ e Wepman¹⁵.

Para elaborar o plano terapêutico, estudamos a comunicação oral e escrita; a atividade social e profissional; a personalidade do paciente; a sua família; a audição, discriminação de sons da fala, retenção e evocação auditiva, controle postural e motor dos órgãos da fala.

Para o aperfeiçoamento da compreensão da fala, partimos do nível em que se encontra o paciente, usando fala apenas lentificada, pausada nos casos leves, e usando repetição de simples vocábulos nos casos severos. Técnicas para o aperfeiçoamento da percepção e da memória são utilizadas. Para o aperfeiçoamento da emissão oral, utilizamos procedimentos dirigidos à reconstrução de esquemas motores e outros destinados à facilitação da evocação verbal e da organização da sintaxe em graus diferentes, de acordo com a necessidade do caso.

Utilizamos sessões de 45 minutos, duas vezes por semana, em média, com atendimentos individuais e em grupos. Os grupos são organizados após conhecermos bem as características dos pacientes, de forma a reunir os indivíduos que tenham boas possibilidades de se adaptarem bem.

Estudamos retrospectivamente 15 casos de afasia, atendidos em terapia de linguagem e selecionados segundo o critério único de estarem bem documentados quanto aos aspectos que nos interessavam especialmente, e que eram: idade, sexo, tipo de patologia, tipo de afasia, intervalo entre o início do quadro e início da terapia, duração da terapia, resultado obtido.

As patologias responsáveis pela afasia foram: acidente vascular cerebral em 11 casos e traumatismos encefálicos por acidentes ou como complicação de cirurgia em 4 casos. Oito pacientes eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Quanto à idade, tinham menos de 10 anos, 1 caso; de 10 a 20 anos, 2 casos; de 20 a 30 anos, 3 casos; de 30 a 40 anos, 3 casos; de 40 a 50 anos, 2 casos; mais de 50 anos, 4 casos.

Quanto ao tipo de afasia, todos os pacientes apresentavam algum grau de comprometimento da recepção oral. Cinco tinham alterações predominantemente expressivas, os outros dez apresentavam déficits receptivos e expressivos em graus equiparáveis, configurando quadros homogêneos.

Quanto ao intervalo entre o aparecimento da afasia e o início da terapia, seis casos foram atendidos durante o período em que há recuperação espontânea relevante, isto é, dentro dos três meses seguintes à eclosão do problema. A duração da terapia variou de 1 a 30 meses.

RESULTADOS

Para avaliarmos os resultados foram utilizados critérios referentes à comunicação e critérios relacionados à modificações emocionais e à integração social. Não nos deteremos nos aspectos emocionais e sociais, citando apenas que, nesse aspecto, 10 pacientes obtiveram bons resultados e 5 permaneceram inalterados. Quanto à comuni-

cação oral, avaliamos os déficits no início e no final do período terapêutico, segundo níveis de compreensão e de expressão, com determinação da média obtida nesses dois itens.

Caracterizamos os seguintes níveis de compreensão: 0 — compreensão ausente; 1 — compreensão de itens muito simples, como responder ao nome e a ordens simples desde que se repita duas ou mais vezes a frase; 2 — compreensão de ordens simples na primeira emissão, desde que relacionadas à situação atual, com auxílio; 3 — compreensão de ordens simples sem auxílio e de conversação sobre tópicos de muita relevância para o paciente; 4 — compreensão de ordens semi-complexas e de explicações a respeito de material e técnicas usadas na terapia. Compreensão de conversação referente a tópicos não presentes na situação, exigindo fala lentificada e redundante; 5 — compreensão de conversação informal e de ordens complexas com falhas ao serem incluídos tópicos abstratos, fala rápida ou com mudanças bruscas de conteúdo; 6 — compreensão boa, sem falhas a não ser em testagens aprofundadas.

Para emissão, caracterizamos os níveis: 0 — emissão com significado ausente. Pode haver ausência total de emissões; 1 — emissão de palavras isoladas, inteligibilidade muito pouco eficiente, com ou sem jargão; 2 — emissão de frases curtas ou de fala muito telegráfica, com uso de vocabulário reduzido, de sintaxe alterada, ou dispraxia, muito prejudiciais para a inteligibilidade; 3 — emissão razoavelmente eficiente, mas exigindo conhecimentos do interlocutor para interpretar o significado, ou repetições da emissão e uso de pistas auxiliares, por parte do paciente. Uso de parafasias, dificuldades de evocação prejudicando a fluência, fala telegráfica, dispraxia; 4 — uso de frases longas e períodos, com dificuldades com o vocabulário e erros de sintaxe que prejudicam pouco a inteligibilidade. Fala telegráfica esporádica, rodeios (circunlóquios) para compensar as dificuldades de evocação, poucas dificuldades práxicas; 5 — fala inteligível, com dificuldades para exprimir idéias complexas, fazer relatos completos. Falhas de evocação e sintáticas esporádicas. Dificuldades com vocabulários abstratos; 6 — fala boa, com falhas aparentes somente em testagem aprofundada, pouco nítidas na conversação comum.

A avaliação é feita através de coleta contínua de dados, durante o atendimento, pelo terapeuta e periodicamente pelo médico responsável.

Para a classificação dos casos quanto à gravidade da afasia e quanto ao grau de progresso obtido, usamos o seguinte critério: *severos*, os casos com médias dos níveis alcançados em recepção e em emissão, atingindo de 0 a 2,5; *moderados*, com médias de 3,0 até 4,0; *leves*, os casos com média acima de 4,0. Consideramos como homogêneos os casos com diferenças iguais ou menores do que 1,5 entre os níveis receptivo e expressivo. Classificamos os resultados em ótimos, bons e maus, segundo os progressos observados na avaliação final. Estes progressos foram quantificados através das diferenças entre a média final e a média obtida na avaliação inicial da comunicação. Consideramos como ótimos os resultados em que os progressos atingiram 3 pontos ou mais; como bons os resultados com progressos de 1,5 a 2,5 pontos e como maus os resultados com progressos menores do que 1,5.

COMENTARIOS

Baseados nesse critério podemos dizer que, no nosso material de 15 afásicos, 10 apresentavam grau severo, 4 grau moderado e um, grau leve. Dez pacientes apresentavam afasia homogênea e, 5 afasia predominantemente expressiva.

Embora não se possa fazer uma análise estatística, podemos fazer alguns comentários: dos 15 pacientes afásicos, 11 apresentaram evolução satisfatória (6 com bom resultado e 5 com ótimo resultado). Seis desses 11 pacientes tinham iniciado a terapia mais de três meses após a instalação do quadro afásico, o que sugere a eficácia da terapia em si, pois a recuperação espontânea atua pre-

dominantemente nos três primeiros meses. Desses 11 pacientes que tiveram evolução favorável, 6 tinham afasia do grau severo; desses, três apresentavam o tipo homogêneo, sugerindo que o grau da afasia e o seu tipo, não deve ser critério para eleição dos casos para terapia.

A análise de nosso material, sugere que o prognóstico em terapia da afasia não pode ser rigidamente ligado a fatores isolados, como idade, tipo de patologia e o intervalo entre a instalação do quadro e o início da terapia. A terapia da linguagem no paciente afásico é efetiva, o prognóstico não pode ser feito a priori. Somente a evolução do caso, com sua retestagem criteriosa, poderá dar dados realmente úteis para análise da evolução.

RESUMO

A terapia da linguagem na afasia foi estudada em 15 pacientes, 8 do sexo masculino e 7 do sexo feminino; a idade variou de menos de 10 anos a mais de 50 anos; em 11 casos a afasia era sequela de acidente vascular cerebral e, em 4, de traumatismo crânio-encefálico. Quanto ao tipo de afasia, 5 pacientes apresentavam déficits predominantemente de expressão e 10 apresentavam déficits receptivos e expressivos em graus equiparáveis. Em 6 casos a terapia foi iniciada dentro dos 3 primeiros meses de instalação do quadro; nos restantes foi iniciada mais tardiamente. Dos 15 pacientes, 11 apresentaram evolução satisfatória, a qual não dependeu do grau de afasia, do tipo de afasia, da idade do paciente, do tipo de patologia e do intervalo entre a instalação do quadro afásico e o início da terapia. A terapia da linguagem no paciente afásico é efetiva, o prognóstico não pode ser feito a priori. Somente a evolução do caso com sua retestagem criteriosa poderá dar dados realmente úteis para se falar em evolução.

SUMMARY

Speech therapy in aphasia

The speech therapy in fifteen aphasic patients was studied. The group consisted of 8 male and 7 female patients and their ages ranged from less than ten to more than fifty years. In eleven cases the aphasia was due to cerebrovascular disease and in the remaining four cases to traumatic injury to the brain. Predominantly expressive aphasia accounted for five patients while in the others a comparable degree of receptive and expressive deficits existed. Six patients had their therapy programme started within the first three months after the acute phase and the rest of the group started it after more time had elapsed. Eleven patients showed a satisfactory recovery regardless the initial deficit severity, the patients age, the pathology of the lesion or the period of time which elapsed from the beginning of the disease to the start of the therapy. The speech therapy in aphasic patients is effective although a firm prognosis cannot be established at the beginning of the programme. Useful information concerning prognosis only can be taken from the follow-up and after thoroughly retesting the patients.

REFERENCIAS

1. BEYN, E. S. — Basic principles of restorative therapy of speech in aphasia. *Bibl. Psychiatr. Neurol.* 139:174, 1969.
2. BUTFIELD, E. & ZANGWILL, O. L. Reeducation in aphasia: a review of 70 cases. *J. Neurol., Neurosurg. a. Psychiat.* 9:75, 1946.
3. CRUCHAGA, J. G. — La rehabilitacion de los pacientes afásicos. *Arq. Neuro-Psiquiat.* (São Paulo) 29:184, 1971.
4. EISENSON, J. — Aphasia in adults. *In* TRAVIS, L. E. — *Handbook of Speech Pathology and Audiology.* Appleton-century-crofts, New York, 1971.
5. GODFREY, C. M. & DOUGLAS, E. The recovery in aphasia. *Canadian Med. Ass. J.* 80:618, 1959.
6. HOLLAND, A. L. & HARRIS, A. B. — Aphasia rehabilitation using programmed instruction: an intensive case history. *In* SLOANE, H. N. & MAC AULAY, C. — *Operant Procedures in Remedial Speech and Language Training.* Mifflin, Boston 1968.
7. LECHE, P. — Speech therapy and the treatment of cerebrovascular diseases. *Proc. Roy. Soc. Med.* 65:85, 1972.
8. LENNEBERG, E. H. — *Biological Foundations of Language.* John Wiley, New York, 1967.
9. LURIA, A. R. — *Restoration of Function after Brain Injury.* MacMillan, New York, 1963.
10. SARNO, M. T.; SILVERMAN, M. G. & SANDS, E. S. — Speech therapy and language recovery in severe aphasia. *J. Speech and Hearing Res.* 13:607, 1970.
11. SANDS, E. S.; SARNO, M. T. & SHANKEILER, D. P. — Long-term assessment of language function in aphasia due to stroke. *Arch. Physical Med. a. Rehabilitation* 50:202, 1969.
12. SCHUEL, H.; JENKINS, J. J. & JIMÉNEZ-PABON, E. — *Aphasia in Adults: Diagnosis, Prognosis and Treatment.* Hoeber, New York, 1964.
13. SEFFER, J. W. — A case study demonstrating the value of aphasia therapy. *British J. Disorders of Communication*, 8:99, 1973.
14. VIGNOLO, L. A. — Evolution of aphasia and language rehabilitation: a retrospective exploratory study. *Cortex* 1:344, 1964.
15. WEPMAN, J. M. — A conceptual model for the processes involved in recovery from aphasia. *J. Speech a. Hearing Disorders*, 18:4, 1953.

Departamento de Neurologia e Neurocirurgia — Escola Paulista de Medicina — Caixa Postal 20.391 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.