

# COMPREENSÃO E ENCAMINHAMENTOS DA AFASIA PELO PROFISSIONAL DOCENTE<sup>1</sup>

FRANCIELLE APARECIDA KRIEGER FERREIRA<sup>2</sup>  
KATIA SOCHA<sup>3</sup>

## RESUMO

Sabe-se que a perda da capacidade de se comunicar pelo emprego adequado da linguagem constitui-se num grave problema, que não atinge só o paciente, como a todos que convivem com ele ou que dependem dele. O indivíduo, ao ficar afásico, percebe que não tem mais controle sobre sua forma de exteriorização verbal, parecendo ser uma pessoa diferente daquela que era antes. O afásico vive o peso da solidão mais profunda, sentindo-se incompreendido. Entre as questões que norteiam este trabalho, busca-se compreender quais as causas e dificuldades que o indivíduo afásico pode apresentar, e ainda, como auxiliar no processo de reabilitação do mesmo, uma vez que o desenvolvimento de práticas educativas que contribuam para a construção do conhecimento do assunto é um grande desafio para a educação atualmente. Na presente investigação optou-se por desenvolver uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de evidenciar aspectos importantes que foram apresentados e desenvolvidos neste estudo, abordando a afasia enquanto patologia, visando assim, auxiliar os profissionais que atuam no processo de recuperação do paciente afásico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Afasia, Distúrbio da linguagem, Reabilitação.

## ABSTRACT

It is known that the loss of the ability to communicate by appropriate use of language constitutes a serious problem that affects not only the patient, as those who live with him or that depend on it. The individual to be aphasic realizes he has no control over its form of verbal manifestation, seems to be a different person from what it was before. The aphasic live weight of deepest loneliness, feeling misunderstood. Among the questions that guide this work, which seeks to understand the causes and difficulties that aphasic individuals may present, and yet, how to help in the rehabilitation process of the same, since the development of educational practices that contribute to the construction of subject knowledge is a major challenge for education today. In this research we choose to develop a literature search with the objective of highlight important aspects that were presented and developed in this study, dealing the aphasia while pathology, aiming to help professionals that working in the recovery process of the aphasic patient.

**KEYWORDS:** Aphasia, Language Disorder, Rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

As ciências cognitivas, de uma forma geral, têm intensificado as pesquisas com as patologias da linguagem, sendo a de maior interesse a afasia e, em particular, o estudo das áreas afetadas por diferentes tipos de lesões cerebrais.

A afasia traduz-se numa alteração da comunicação verbal associada a lesões cerebrais. O grande desenvolvimento do estudo da afasia ocorreu com Paul Broca e Carl Wernicke que descreveram, respectivamente, a existência de uma afasia motora e uma afasia de compreensão.

É importante ressaltar que a afasia não é um conceito unidimensional. Existem várias classificações para esta patologia, contudo, neste estudo, será dado maior ênfase, a apenas uma classificação, que aponta três categorias essenciais, sendo: Afasia de Broca ou Motora (Não-fluente), Afasia de Wernicke ou Sensorial (fluente) e Afasia Global.

A afasia se caracteriza, mais especificamente, por falhas na compreensão e na expressão verbal, relacionadas à insuficiência de vocabulário, má retenção verbal, gramática deficiente e anormal, escolha equivocada de palavras. A afasia pode ser observada em criança que: ouve a palavra, mas não a interioriza com significado; demora a compreender o que é dito; apresenta gestos deficientes e inadequados; confunde a palavra ou frase com outras similares; tem dificuldade de evocação, exteriorizada por ausências de respostas ou tentativas incompletas para achar a expressão ou emissões que a substituem.

Sendo a Afasia uma alteração da linguagem, a mesma apresenta diferentes sintomas em cada indivíduo, já que, a severidade e a extensão da afasia dependem, entre outras coisas, da localização e da severidade da lesão cerebral, da competência linguística anterior e da personalidade do indivíduo. Tendo em vista essa realidade, buscou-se através do estudo, respostas para as seguintes questões: quais as causas da afasia, que dificuldades o indivíduo pode apresentar, e como auxiliar no processo de reabilitação do paciente afásico?

O grande desafio que se impõe na atualidade reside em descobrir a melhor forma de auxiliar os indivíduos afásicos a viver com esta patologia, superando as suas dificuldades e ajudando-os a ultrapassar os obstáculos com que se deparam.

Nesse sentido, é de fundamental importância, pesquisar as causas da afasia enquanto distúrbio da linguagem, e o tratamento adequado, identificando as bases científicas atuais sobre o comportamento humano e o funcionamento do sistema nervoso, para que possamos entender melhor os processos envolvidos na aprendizagem, tendo em vista uma prática eficiente, que contribua para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a afasia enquanto distúrbio da linguagem, e como intervir enquanto educadora no processo de reabilitação do paciente afásico, visando auxiliar os profissionais que atuam no tratamento desta patologia.

Proporcionando assim, um amplo conhecimento na área estudada, possibilitando compreender as causas que levam a afasia, distúrbio que vem afetando com frequência os alunos em sala de aula, interferindo no processo de ensino e aprendizagem. Através desta pesquisa busca-se aperfeiçoar a prática pedagógica contribuindo para melhorar a qualidade de ensino nas escolas.

A pesquisa referida neste trabalho é uma pesquisa científica, visto que esse tipo de pesquisa possibilita um maior aprofundamento sobre o assunto estudado, tendo como objetivo gerar conhecimentos que colaborem para a compreensão da realidade e intervenção sobre ela.

Para Fachin (2001, p.125):

A pesquisa bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e a produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

Na presente investigação optou-se por desenvolver uma pesquisa teórica, na qual realizou-se um levantamento bibliográfico com o objetivo de evidenciar aspectos importantes que foram apresentados e desenvolvidos neste estudo, abordando a afasia enquanto patologia, visando assim, auxiliar os profissionais que atuam no processo de recuperação do paciente afásico.

Este trabalho contém três seções, sendo na seção inicial, descritos o tema, o problema, a justificativa, os objetivos da pesquisa e por último apresentam-se os procedimentos metodológicos, sendo descrito o tipo da pesquisa utilizado. Essa seção tem por finalidade apresentar a pesquisa e sua estrutura. A segunda seção refere-se ao Referencial Teórico, em que, destaca-se a Afasia, enquanto distúrbio da linguagem, e como intervir enquanto educadora no processo de reabilitação do paciente afásico. Na terceira e última seção, serão apresentadas as conclusões da pesquisa e as recomendações. Encerrando o trabalho encontram-se as bibliografias citadas durante a pesquisa.

## **A AFASIA ENQUANTO ENTIDADE PATOLÓGICA**

Todo ser humano faz uso da linguagem para falar, entender, ler, escrever, fazer gestos, entre outras atividades, porém, se como resultado de uma lesão cerebral uma ou mais áreas do cérebro responsáveis pela linguagem pararem de funcionar apropriadamente, a pessoa pode apresentar dificuldades para falar o que gostaria, e, sendo assim, não pode mais fazer uso da linguagem. Esta dificuldade é chamada de afasia (Afasia – A (= não) fasia (= falar)).

Muitas pessoas experienciam esta frustração durante uma viagem internacional, pois, se não dominamos a língua muito bem, nossa capacidade de comunicação se torna mais limitada e nem sempre obtemos sucesso. Já que, muitas vezes não somos capazes de dizer claramente o que desejamos, ou não entendemos o que outra pessoa diz. Pessoas que sofrem de afasia convivem com este problema todos os dias.

Através da comunicação expressamos desejos, ideias e necessidades, que permite desenvolver relações com a família, amigos e com a sociedade. Sendo a linguagem um instrumento de comunicação privilegiado, sua perda gera uma fonte de isolamento perante sua família e a sociedade.

Conforme Boone e Plante (1994), a afasia é atualmente definida como um distúrbio da linguagem, decorrente de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pela fala ou pela compreensão das palavras faladas. Essa lesão pode ter diferentes causas, tais como: um acidente vascular cerebral, um trauma crânio-encefálico ou um aneurisma.

O autor destaca ainda que a afasia não é uma doença nova e nem mesmo rara, pois, desde a Antiguidade, há indícios de que os médicos hipocráticos estavam cientes da associação entre déficit motor no hemisfério direito e transtorno da linguagem. No final do século XVIII já se havia acumulado um razoável conhecimento sobre afasia. Na Rússia, em 1789, Bolotov descrevera um caso de transtorno orgânico da linguagem, considerando-o como uma consequência da perda de memória. Em 1838, também baseado em um estudo de caso, Filippov apresentou a descrição de um paciente com mutismo. No entanto, o interesse pela investigação das bases neurológicas da enfermidade era escasso.

Segundo Santana (2002, p. 24):

[...] no séc. XIX, a linguagem era reduzida simplesmente a um ato motor: a fala. A linguagem era “invisível” aos afasiólogos, e a afasia era vista apenas como um problema fono-articulatório, e sob esta veste se confundiam apraxia, disartria, anartria, entre outros termos. Isto ocorria principalmente porque as teorias afasiológicas eram elaboradas ao largo da Linguística, como se esta nada tivesse a ver com a linguagem e os processos afeitos a ela.

Coube a Franz Joseph Gall, por volta de 1800, reverter essa situação, colocando a relação entre afasia e cérebro em primeiro plano, tornando-se assim um importante precursor da neuropsicologia. Já em 1861, Pierre Paul Broca, mostrou a relação entre lobo frontal esquerdo e linguagem. Suas conclusões, baseadas em avaliações clínicas e estudos anatômicos e, em particular,

no estudo de dois pacientes e suas posteriores autópsias, são consideradas, o marco inicial da neuropsicologia.

Em 1874, o neurologista alemão Carl Wernicke, descrevera a relação causal entre a lesão no primeiro giro temporal esquerdo, e uma das formas clínicas da afasia, sendo denominada afasia sensorial. O nome afasia sensorial foi escolhido por Wernicke para fazer contraste com a afasia motora descrita anteriormente por Broca. Na afasia motora, os sujeitos falam pouco, mas compreendem a linguagem, enquanto na afasia sensorial a fala está preservada, mas a sua linguagem é inapropriada e a sua compreensão da linguagem dos outros está prejudicada.

Encontramos no cérebro dois hemisférios, o esquerdo e o direito, visualmente os dois são idênticos, porém, cada um possui atividades nervosas superiores.

Como já disse Ferreira (2005, p. 39):

À frente do Sulco Central (Rolando) está situado o Lobo Frontal e Área pré-frontal importantes para o controle motor da fala. O córtex situado ao redor da Fissura Lateral (Sylvius) é denominado região perissilviana, em cuja porção posterior está o controle de compreensão da linguagem.

A maioria da população possui como hemisférico dominante o esquerdo, e neste, está localizado os controladores da linguagem, fala e escrita. O hemisférico direito corresponde ao movimento do corpo.

No cérebro existem várias áreas com diferentes funções, na maioria dos indivíduos as áreas responsáveis pela linguagem estão localizadas no lado esquerdo do cérebro. Em caso de danos em áreas responsáveis pela linguagem nós falamos em afasia.

Conforme Boone e Plante (1994, p. 230): “Afasia é a perda ou a redução do funcionamento da linguagem após um dano cerebral”.

Sendo a Afasia uma alteração da linguagem, a mesma apresenta diferentes sintomas em cada indivíduo, já que, a severidade e a extensão da afasia dependem, entre outras coisas, da localização e da severidade da lesão cerebral, da competência linguística anterior e da personalidade do indivíduo. Algumas pessoas com afasia podem entender a linguagem, mas tem problemas para achar as palavras certas. Outros ao contrário tendem a falar em demasia, porém, o que eles falam é difícil de compreender.

A afasia é grosso modo definida como uma alteração de linguagem e processos a feitos a ela, decorrente de uma lesão cerebral adquirida (em geral, no hemisfério esquerdo). Distintas etiologias, como acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranioencefálicos e tumores podem causar afasia, que pode ser acompanhada de sinais neurológicos (por exemplo, a hemiplegia) e distúrbios cognitivos (como apraxias, agnosias, amnésias) de distintas ordens e graus de severidade. (GUARINELLO, 2007, p. 42).

Atualmente a Afasia é definida como uma alteração de linguagem, com perda da capacidade de expressão ou compreensão através da fala e escrita. As principais causas da afasia são:

- Trombose: causada principalmente por arterosclerose e hipertensão, costuma ser rara em crianças;
- Aneurisma: um desenvolvimento defeituoso ou inflamação nos vasos;
- Tumores: dos tipos infiltrantes ou aquosos.
- Doenças Infecciosas: como abscessos cerebrais e inflamações das meninges;
- Traumatismo Craniano: são responsáveis pela maioria das afasias infantis;
- Infarto Cerebral: ocasionado pelo não suprimento de sangue numa determinada área do cérebro;

- Trauma: podem ocorrer com traumas emocionais muito fortes, causando um bloqueio na área da fala no cérebro.

A interrupção do fluxo sanguíneo em alguma parte do cérebro pode provocar uma lesão cerebral, levando ao acidente vascular encefálico (AVE). O AVE é um quadro neurológico importante e deve ser tratado imediatamente, alguns sintomas podem melhorar de forma espontânea ou terem consequências permanentes.

Um indivíduo é considerado afásico quando, do ponto de vista linguístico, o funcionamento de sua linguagem, após lesão cerebral, não leva em conta determinados recursos de produção ou interpretação.

Por derivar de uma lesão cerebral de extensão e gravidade variadas, não é raro que as afasias sejam acompanhadas também de outras dificuldades de origem neurológica, como paralisia parcial de braços e pernas ou alterações da atividade gestual. Embora sua incidência entre as sequelas de doenças neurológicas, na verdade, não seja pequena, a falta de informação a respeito das afasias ainda é bastante grande em nosso meio. Por esse motivo, muitas vezes, nos deparamos com a falta de objetividade no entendimento e enfrentamento das afasias.

Crianças que estão se desenvolvendo normalmente podem perder habilidades de linguagem, devido a dano cerebral. Este distúrbio de linguagem adquirido é conhecido como afasia infantil. A afasia, em crianças, é mais frequentemente causada por um dano cerebral traumático, mas pode também ser causada por um derrame, doença infecciosa, tumor e convulsões. Semelhante à afasia em adultos tipicamente as crianças adquirem déficit de linguagem após danos ao hemisfério esquerdo. (ARAM *apud* BOONE; PLANTE, 1994, p. 206).

Segundo as autores Boone e Plante (1994), na infância, as crianças podem desenvolver afasia desenvolvimental, que ocorre quando a criança ainda não adquiriu uma capacidade linguística, mas por um motivo externo perde a capacidade de desenvolver essa competência. Ou ainda, a Afasia adquirida, quando a criança já dominava uma determinada competência linguística e devido a um fator externo perde essa capacidade. A grande diferença entre a afasia infantil e no adulto é que nesta não existem afasias desenvolvimentais, como há em crianças.

De acordo com Cranberg (*apud* Boone; Plante, 1994, p. 207):

Muitas crianças com afasia apresentam problemas em compreender a linguagem falada, apesar da audição e da inteligência normais. Os problemas de compreensão incluem dificuldade de entender frases complexas, seguir instruções e ler. Já que ler, escutar e seguir instruções são atividades escolares frequentes, não é surpreendente que crianças com afasia experimentem dificuldades acadêmicas.

A afasia pode ser observada em criança que: ouve a palavra mais não a interioriza com significado; demora a compreender o que é dito; apresenta gestos deficientes e inadequados; confunde palavras ou frases; tem dificuldade de evocação, exteriorizada por ausências de respostas ou tentativas incompletas para achar a expressão ou emissões que a substituem. Assim, a Afasia se caracteriza, mais especificamente, por falhas na compreensão e na expressão verbal, relacionadas à insuficiência de vocabulário, má retenção verbal, gramática deficiente e anormal, escolha equivocada de palavras.

Os principais tipos de afasia são: Afasia de Broca ou Expressiva (Motora), Afasia de Wernicke ou Receptiva (Sensorial) e Afasia global.

## AFASIA DE BROCA OU EXPRESSIVA

Broca foi o primeiro a postular uma localização para a linguagem e a mostrar que ela é de certa forma, independente de outros processos cognitivos. Em 1861, Broca identificou um paciente que era quase totalmente incapaz de falar e tinha uma lesão na terceira circunvolução frontal do hemisfério esquerdo, até hoje conhecida como "área de Broca", e usou o termo "afemia" para designar o que julgava ser a perda da faculdade da linguagem articulada, responsável por traduzir as imagens mentais em imagens motoras.

Mais tarde, descobriu casos nos quais a linguagem havia se comprometido devido a lesões no lobo frontal do hemisfério esquerdo. A recorrência dos casos levou Broca a propor, em 1864, que a expressão da linguagem é controlada por apenas um hemisfério, quase sempre o esquerdo.

Segundo Springer (1998, p. 184):

A afasia expressiva (ou de Broca) é uma deficiência que envolve fundamentalmente a fala do paciente; a compreensão que o paciente tem da fala de outros permanece relativamente intacta. Este tipo de afasia está associado à lesão nas regiões frontais do hemisfério esquerdo que controlam a produção da fala, particularmente a região chamada de área de Broca.

Para Springer (1998), a Afasia de Broca ou Expressiva (Motora) é a afasia de expressão mais encontrada. Caracteriza-se por ser do tipo não fluente, sendo que a expressão oral encontra-se alterada, podendo estar comprometida em diversos graus. A compreensão está preservada ou levemente comprometida, podendo o paciente apresentar dificuldade em compreender frases complexas, textos e elementos gramaticais.

Um paciente com afasia de Broca fala muito pouco. Quando a fala é tentada, há uma hesitação – o paciente tem dificuldade de exprimir as palavras. Há uma ausência de pequenas partes gramaticais da fala e de uma inflexão característica. Tal fala é frequentemente chamada de fala telegráfica ou agramatismo. (SPRINGER, 1998, p. 184)

Conforme o autor acima citado, o indivíduo com afasia motora não consegue articular os sons, tem dificuldade em reconhecer os chamados pontos de articulação (por exemplo: na emissão do p, juntamos os lábios e esta associação não é feita), existe dificuldade também na área de cálculos e escrita. Também ocorrem os chamados jargões, o indivíduo utiliza sempre uma mesma palavra ou frase curta para diferentes situações de comunicação.

Conforme Boone e Plante (1994, p. 207):

A afasia do tipo não fluente é mais comumente relatada em crianças. Estas crianças utilizam frases curtas, simples, e com frequência, omitem morfemas gramaticais, criando uma impressão de fala telegráfica. Essas dificuldades na linguagem expressiva podem resolver-se ao longo do tempo, de modo que o ouvinte casual pode estar inconsciente da presença da afasia.

Ainda nas palavras dos autores Boone e Plante (1994), as crianças que apresentam afasia motora mostram-se inicialmente, quase mudas, sendo necessário estimulá-las a falar pelo menos pequenas palavras. A fala tem constantemente distúrbios articulatórios e anomalias de ordem fonética. A compreensão verbal está conservada, porém, a dificuldade maior é de compreender e aprender o todo. A leitura, frequentemente, está perturbada. Os distúrbios de escrita são constantes e frequentes.

## AFASIA DE WERNICKE OU SENSORIAL

Em 1874, o neurologista Karl Wernicke identificou que lesões na superfície superior do lobo temporal, entre o córtex auditivo e o giro angular, também interrompiam a fala normal. Essa região é atualmente denominada área de Wernicke. Tendo estabelecido que haja duas áreas de linguagem no hemisfério esquerdo, Wernicke e outros começaram a mapear as áreas de processamento da linguagem no cérebro e levantaram hipóteses acerca de interconexões entre córtex auditivo, a área de Wernicke, a área de Broca e os músculos requeridos para a fala.

Ainda em 1874, Carl Wernicke publicou características do que chamou afasia sensorial, seus estudos consideravam que a área de Broca conteria os programas motores da fala, movimentos necessários para expressar os fonemas, compô-los em palavras e estas em frases. Enquanto, por outro lado, a área de Wernicke, conteria as memórias dos sons que compõem as palavras, possibilitando assim, a sua compreensão.

Springer (1998, p. 185) considera que:

A afasia receptiva (ou de Wernicke) é o distúrbio em que o paciente tem grande dificuldade para entender a fala. Está associada a uma lesão na região posterior do primeiro giro temporal, ou área de Wernicke. A fala de um paciente com afasia receptiva é muito mais fluente do que a de um afásico expressivo, mas, dependendo da extensão da lesão, pode variar entre ser levemente estranha e completamente sem sentido. Frequentemente, os pacientes usam palavras inadequadas (parafasia) ou não existentes (neologismos). Em alguns casos, os sons produzidos pelo paciente parecem uma perfeita gíria ou uma “salada de palavras”, embora o ritmo e o fluxo da fala pareçam estar preservados.

Ainda nas palavras de Springer (1998), a afasia de Wernicke ou Sensorial é a afasia de compreensão mais grave definida por um conjunto de características bastante específicas. Estando essa área comprometida, os sujeitos teriam dificuldades para compreender a linguagem verbal, já que haveria uma interrupção das fibras nervosas das conexões, bloqueando a chegada das informações às áreas associativas.

Neste caso, estão comprometidas tanto a compreensão como a expressão, entretanto sem a existência de dificuldades na articulação das palavras. A expressão é marcada por discurso fluente e abundante, fala logorréica (rápida) e jargonafásica (jargão) e pelo grande número de neologismos, o sujeito fala sem considerar o interlocutor.

As pessoas por ela afetadas podem construir frases longas, sem sentido algum, adicionando palavras desnecessárias e até inventando outras. Apresentam grandes dificuldades de entendimento da linguagem falada e, muitas vezes, ignoram os seus próprios erros.

Segundo Ciornai (2005, p. 270):

Os pacientes com afasia de Wernicke podem com facilidade produzir sons falados, mas estes não fazem sentido. Além disso, a fala de outras pessoas não é compreendida, apesar de a capacidade de ouvir se manter normal. As pessoas com afasia de Wernicke parecem não ter conhecimento de seu distúrbio e a substituição de palavras, chamada parafasia, é comum. A pessoa pode dizer “capitão de escola” em vez de dizer “diretor”. A área correspondente a afasia de Wernicke também é importante para a imagem corporal e para a compreensão das relações do self, isto é, de si e do ambiente em que o paciente vive.

Boone e Plante (1994), destacam que pode ainda, haver um predomínio de dificuldade na área semântica quando o indivíduo consegue emitir perfeitamente as palavras, porém não compreende o

que lhe é solicitado. Quando quer se expressar tem dificuldades (por exemplo, sua intenção é a emissão da palavra "mesa", mas fala "cadeira", ou ainda um predomínio maior na área fonêmica, quando ao invés de articular "lua" substitui por "sua" ou "nua"), pois os significados distintos não são percebidos pelo indivíduo afásico.

A leitura acontece com a identificação dos grafemas na área de Wernicke, onde os símbolos gráficos da escrita são reconhecidos e compreendidos. Assim, qualquer lesão no sistema nervoso ou fora deste, pode determinar dificuldades de aprendizagem. É importante ressaltar que na maioria das vezes o afásico é mal compreendido pelos que o cercam. Alguns pacientes, como os que possuem afasia de Wernicke são considerados como doentes psiquiátricos ou como tendo problemas intelectuais.

Conforme Boone e Plante (1994, p. 235): “É comum que estes pacientes escrevam do mesmo modo como soam”.

Neste caso de afasia, o professor deve ter em mente que o aluno não terá uma total percepção dos estímulos. Terá que encorajar o aluno a recorrer a processos alternativos, nomeadamente os que se prendem com o recurso à visão e ao olfato, assim como os que estão relacionados com o tato e a percepção cinestésica, para o ajudar a formular significados, a partir de expressões verbais ou de símbolos visuais. Em alguns casos, o aluno pode ser incapaz de nomear um objeto que está no seu campo de visão sendo, contudo, capaz de o identificar se lhe for permitido recorrer a outros sentidos.

## AFASIA GLOBAL

Para Boone e Plante (1994), a Afasia global é a afasia mais grave, caracterizada por comprometimento severo de todas as modalidades de linguagem. Tanto a recepção quanto a emissão estão comprometidas.

Segundo Springer (1998, p.188): “A afasia global resulta de uma lesão muito extensa no hemisfério esquerdo, envolvendo a maior parte das áreas que, conforme se considera, exercem algum papel na linguagem”.

Neste caso de afasia a comunicação é inexistente. Geralmente, o paciente apresenta mutismo na emissão oral ou ela está restrita a estereótipos e automatismos.

Os pacientes com afasia global apresentam um profundo problema de entendimento e de fala. As funções de leitura e de fala também estão completamente ausentes. Embora tais pacientes possam ser orientados quanto a tempo e a lugar, sua fala sem sentido, perseverante, torna a maior parte da comunicação impossível. (BOONE; PLANTE, 1994. p. 235).

É considerado o tipo de afasia mais grave, geralmente acompanhada de outros comprometimentos neurológicos e motores.

Conforme Ciornai (2005, p.270):

Na afasia global existe a incapacidade de usar a linguagem de qualquer forma. As pessoas com afasia global não podem produzir fala compreensível, compreender a linguagem falada, falar fluentemente, ler ou escrever. Nosso procedimento é falar de modo simples, sem pressa, repetir a pergunta quantas vezes for necessário, usando ferramentas necessárias para motivar o paciente e fazê-lo de interessar estabelecendo um diálogo de entendimento.



Uma pessoa com uma afasia severa frequentemente entende apenas as palavras mais importantes de uma sentença. No entanto, entender o mundo à sua volta somente através do significado de poucas palavras, pode causar desentendimentos, pois a combinação de palavras com o conhecimento geral de mundo não é suficiente para a compreensão correta da mensagem transmitida.

## PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO PACIENTE AFÁSICO

Sabe-se que a perda da capacidade de se comunicar pelo emprego adequado da linguagem constitui-se um grave problema, que não só atinge o paciente, como a todos que com ele convivem ou que dele dependem. O indivíduo, ao ficar afásico, percebe que não tem mais controle sobre sua forma de exteriorização verbal, parecendo ser uma pessoa diferente daquela que era antes.

Como já disse Boone e Plante (1994, p. 243): “A principal meta na reabilitação da afasia é melhorar a linguagem auditivo-oral. Problemas persistentes de compreensão verbal auditiva e fala parecem ser o que mais aborrece os pacientes e seus familiares”.

É de fundamental importância o envolvimento da família na recuperação do paciente afásico, estimulando-o a buscar a comunicação e jamais o isolamento. Devido à afasia, a maneira pela qual o afásico entende o mundo ou a maneira de se expressar sofre uma mudança, porém, é importante ressaltar, que apesar das dificuldades do afásico, ainda é possível se comunicar com ele.

Conforme Jakobson (2003, p. 34):

Se a afasia é uma perturbação da linguagem, como o próprio termo sugere, segue-se daí que toda descrição e classificação das perturbações afásicas deve começar pela questão de saber quais aspectos da linguagem são prejudicados nas diferentes espécies de tal desordem.

A reabilitação é uma das partes mais importantes para o indivíduo afásico, tem início no hospital e continuidade em serviço especializado. Geralmente, o quadro de afasia é identificado pelo neurologista que trata da lesão cerebral, realizando testes motores e de fala. Quando existe a suspeita de afasia, o paciente é encaminhado a um profissional especializado, que avalia em profundidade a sua capacidade de compreensão, nomeação, fluência verbal, leitura e escrita. As técnicas de diagnóstico por imagens servem para determinar a severidade e a localização da lesão cerebral.

Conforme Boone e Plante (1994, p. 238):

O paciente que vem ao hospital com um derrame agudo e afasia, em geral é encaminhado ao fonoaudiólogo tão logo o médico julgue que o paciente se encontra medicamente estável. Em hospitais de cuidado intensivo, não é incomum que o fonoaudiólogo seja solicitado a ver o novo paciente dentro de 72 horas após admissão. O modo como o paciente parece entender o que é dito e como ele fala informa muito ao clínico sobre o tipo de gravidade da afasia.

De acordo com o autor acima citado, o tratamento para afasia geralmente é longo e deve ser o mais frequente possível. A terapia baseia-se em exercícios que estimulem a linguagem oral e escrita. Para isso deve-se planejar antecipadamente as sessões levando em consideração a idade do paciente, o grau de instrução e suas preferências pessoais, além do grau de perda verificado através dos testes de avaliação.

Ainda nas palavras de Boone e Plante (1994), a atuação fonoaudióloga junto aos pacientes afásicos tem sido de primordial importância na recuperação total ou parcial, da linguagem e fala. Hoje em dia, sabe-se que algumas partes do cérebro podem assumir em parte outras que estejam comprometidas. Graças a plasticidade cerebral e as terapias reabilitadoras, algumas lesões cerebrais

podem ser recuperadas, pois quando uma área do cérebro é ativada pelo estímulo, as demais são provocadas e também funcionam.

Independente do grau ou tipo de afasia existente, a reeducação das funções da fala e da linguagem é sempre válida, devendo ser iniciada o quanto antes, melhorando assim o prognóstico.

É importante lembrar que a reabilitação bem sucedida do afásico é auxiliada pelo desenvolvimento e encorajamento da comunicação. A dimensão linguística é apenas uma parte da comunicação. O processo de reabilitação requer os esforços de médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, enfermeiras, psicólogos e fonoaudiólogos – todos trabalhando com o paciente e com a sua família. (BOONE; PLANTE, 1994, p. 242)

Com base na citação acima, é importante destacar, que o educador também pode intervir nesse processo de reabilitação, mantendo atitudes positivas junto ao indivíduo; evitando comentários que prejudiquem o bem estar, pois apesar de não se expressar pode estar compreendendo; respeitar as suas opiniões, já que suas habilidades de julgamento e intelectualidade podem estar preservadas e retomar quando possível as atividades diárias e profissionais; reservar um tempo para a conversa individual com o afásico; falando devagar e com sentenças curtas, reforçando as palavras mais importantes da sentença; Ajudando a pessoa com afasia a se expressar quando esta demonstra problemas para se comunicar, pode-se fazer isso indicando determinados objetos, através de gestos, desenhos ou ainda, escrever algo sobre o que está sendo dito. Para se ter uma conversa com um afásico é importante ter tempo e paciência.

Para Boone e Plante (1994), os efeitos fisiológicos e psicológicos da afasia podem ser devastadores para uma criança. A auto-estima pode ser abalada e a recuperação do aluno bastante mais lenta se o professor tratar o aluno como se ele fosse mentalmente incompetente. A frustração e o descontentamento sentidos pelo afásico não podem ser subestimados. Quando a capacidade de comunicação desaparece o indivíduo sente-se desprotegido, impotente e isolado.

É de crucial importância que o professor facilite o processo de socialização de um aluno com afasia. As atividades extracurriculares adequadas podem também ajudar o aluno, no que diz respeito ao processo de comunicação. O processo de aprendizagem de todos os alunos, incluindo dos que registram afasia, é mais produtivo quando a comunicação não é maçadora e sim divertida.

Conforme Jakobson (2003), o importante no processo de reabilitação é oferecer ao afásico uma linguagem funcional, pois o mais importante é que ele consiga se comunicar mesmo que seja através de meios alternativos. Outro aspecto importante é a terapia em grupo, que tem como proposta a socialização, conversação e atualização sobre noticiários, proporcionando assim a estes sujeitos um espaço para ser ouvido e também a aprender a ouvir.

Segundo os autores Boone e Plante (1994), o tratamento de um afásico deve ter o caráter interdisciplinar e para um conhecimento profundo da afasia, se faz necessário o estudo de várias disciplinas, como: linguística, neuropsicologia, neurologia, psicologia e etc. Nesse sentido, se faz necessário, que todos os profissionais envolvidos na reabilitação deste paciente entendam o porquê das alterações para a partir daí eleger estratégias adequadas de intervenção.

Assim, o profissional da educação que tem conhecimentos relacionados a neuropsicologia, é capaz de identificar em seu aluno lesões ou distúrbios cerebrais que comprometem o seu desenvolvimento nas atividades educacionais, pois à medida que o professor passa a identificar no aluno suas dificuldades de aprendizagem ele pode diagnosticar quais são as causas e deficiências que esse aluno apresenta e se estão relacionadas a algum tipo de lesão cerebral, permitindo aos educadores, não apenas, uma avaliação diagnóstica mais precoce, mas também, os preparam para lidarem com

alunos que apresentam problemas relacionados com a neuropsicologia, contribuindo de forma única para a educação no país.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa, é possível perceber que no tratamento das afasias, os aspectos psicológicos, sociais e individuais estão ganhando cada vez maior importância. Assim, não se pode mais avaliar esse paciente apenas em função de sua incapacidade linguística, mas também, avaliando os fatores emocionais que estão presentes em função desta perda comunicativa.

Destaca-se também, que a primeira tarefa do terapeuta é acompanhar o afásico, mostrando que ele não está só e em seguida, mostrar-lhe como recuperar o acesso ao discurso linguístico, selecionando técnicas e estratégias adequadas para cada paciente. No entanto, para garantir o sucesso na terapia não bastam apenas conhecimentos teóricos, é necessário, além disso, da família, da motivação, de forma que o paciente também possa assumir seu papel na reabilitação e comece a se esforçar para recuperar, em alguma medida, o que um dia foi seu, a competência linguística.

Sendo a linguagem a forma de comunicação mais eficiente, acredita-se que a sua perda gera no indivíduo uma limitação, não apenas na sua capacidade de compreender ou de se expressar, mas também em seu estado psíquico. Não é difícil imaginar o estigma que pode representar, para uma pessoa, o fato de não poder mais se comunicar efetivamente.

Concluiu-se então, que mais importante que a metodologia utilizada na reabilitação da linguagem do sujeito afásico, é considerar que este sujeito está sobre influências do meio, e que este de certa forma, também pode auxiliar neste processo de reabilitação.

O desenvolvimento deste trabalho contribuiu de forma significativa para nossa formação acadêmica e profissional, pois através desta pesquisa, tornou-se possível refletir sobre as nossas próprias práticas pedagógicas enquanto educadores, ampliando os conhecimentos acerca do tema pesquisado, e ainda, sobre quão importante é a prática pedagógica para a formação do ser humano.

Levando em consideração a amplitude do tema abordado, tornam-se, necessárias outras pesquisas sobre a relevância do trabalho envolvendo a afasia, visando assim, auxiliar os profissionais que atuam no processo de recuperação do paciente afásico, possibilitando a reflexão sobre a nossa própria prática pedagógica, a fim de contribuir para o desenvolvimento das práticas de ensino atuais.

Recomenda-se essa pesquisa a todos os educadores comprometidos com a formação de seus alunos.

## REFERÊNCIAS

BOONE, Daniel R.; PLANTE, Elena. **Comunicação Humana e seus Distúrbios**. 2ªed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CIORNAI, Selma (org.). **Percursos em Arteterapia: Arteterapia e Educação, Arteterapia e Saúde**. São Paulo: Summus, 2005.

FACHIN, Adélia. **Fundamentos da Metodologia**. 3ª ed., São Paulo: Saraiva, 2001.

FERREIRA, Vicente José Assencio. **O que todo o professor precisa saber sobre neurologia**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

GUARINELLO, Ana Cristina et al. **Abordagens Grupais em Fonoaudiologia: Contextos e Aplicações**. São Paulo: Plexus, 2007.

JACKOBSON, Roman. **Linguística e Comunicação**. Trad. Izidoro Blikstein; José Paulo Paes. 19ª ed., São Paulo: Cultrix, 2003.

SANTANA, Ana Paula. **Escrita e Afasia: A Linguagem Escrita na Afisiologia**. São Paulo: Plexus, 2002.

SPRINGER, Sally P; DEUTSCH, Georg. **Cérebro Esquerdo, Cérebro Direito**. Trad. Thomaz Brain; Right Brain. 3ª Ed., São Paulo: Summus, 1998.

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado ao curso de Pós – Graduação Lato Sensu em Neuropsicologia Educacional da Universidade do Contestado – UnC.

<sup>2</sup> Pós – Graduanda em Neuropsicologia Educacional.

<sup>3</sup> Professora orientadora, docente da UnC.