

RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DA AFASIA

Gabriela Leal, José Fonseca e Luísa Farrajota

Resumo O campo de actuação da terapêutica da fala é muito vasto e abrange várias patologias. Uma dessas patologias é a afasia. Entende-se por afasia a perturbação de linguagem resultante de uma lesão cerebral que afecta vários aspectos da comunicação, nomeadamente a expressão oral, a compreensão de linguagem, a leitura e a escrita. Os autores fazem uma revisão da literatura acerca da importância que a terapêutica da fala tem na recuperação dos doentes com afasia. Expõe-se resumidamente o resultado de estudos de eficácia no tratamento da afasia, realizados por investigadores nacionais e estrangeiros, fala-se de recuperação espontânea, de factores de prognóstico, de avaliação e de tratamento da afasia. Como comentário final, os autores consideram que um aumento do número de técnicos especializados nesta área e também a investigação, poderão ajudar a melhorar a qualidade de vida dos afásicos.^{1/2}

Palavras-chave Afasia, reabilitação, terapia da fala.

Introdução

Foi na década de 80 que a recuperação e a reabilitação da afasia mereceram a atenção de maior número de afasiologistas e vários grupos europeus e norte-americanos estudaram o efeito da terapêutica da fala nos doentes afásicos.

Hoje, a maior parte das pessoas que trabalham nesta área dedicam-se muito mais ao estudo de casos, aplicando modelos da neuropsicologia cognitiva como método para investigar o funcionamento do cérebro humano e estabelecer abordagens de intervenção específicas para testar as hipóteses dos modelos. Estes autores defendem que uma abordagem *standard* de tratamento põe sérios obstáculos ao objectivo de avaliar a eficácia do tratamento na afasia. Para eles, é indispensável uma análise do desempenho individual que desenvolva e sustente a hipótese formulada e responda ao porquê de o tratamento ser eficaz para alguns doentes. Tentam descobrir a causa subjacente aos sintomas, comparando o desempenho individual com o que se presume ser a operação normal da função cognitiva em questão.

A primeira referência à reeducação da linguagem, após uma lesão cerebral, surge em 1890, proferida por Bateman: "... há evidência suficiente de que a

reeducação é um meio valioso para restabelecer a mais nobre prerrogativa do homem — a faculdade da linguagem articulada”.

Em 1904 Charles K. Mills, fundador do serviço de Neurologia do General Hospital de Filadélfia, descreve um caso de um doente afásico que ele “treina” com sucesso, recorrendo ao uso de uma abordagem articulatório-fonética e de repetição sistemática de letras, palavras e frases.

Durante a I grande guerra vários hospitais, sobretudo na Alemanha, criaram serviços para o tratamento dos traumatizados de crânio, embora o tratamento da afasia não fosse “popular” para a maioria dos neurologistas. Apesar disso, segundo Schuell e colaboradores (1964), Emil Froeschels tratou aproximadamente 2000 doentes com traumatismo crânio-encefálico entre 1916 e 1925.

É, contudo, após a II grande guerra que nasce a terapêutica na afasia, como uma subespecialidade clínica, depois de a medicina de reabilitação se ter tornado uma especialidade reconhecida. Surgiram, então, programas para o treino da linguagem e estudos de eficácia.

Estudos de eficácia da terapêutica da fala na afasia

Medir a eficácia da terapêutica da fala na afasia é extremamente difícil. Variáveis como a idade, o sexo, a lateralidade, a etiologia, a localização e a dimensão da lesão, o tipo e a gravidade da afasia, o tempo de evolução e a escolaridade, entre outras, foram estudadas e discutidas por vários autores. Mas, para além destas, há outras muito mais difíceis de controlar e de estudar, como a personalidade prévia, a inteligência, o efeito do meio familiar, a motivação do doente na recuperação, o início da terapêutica da fala e a intensidade, natureza e qualidade da mesma. Para controlar todas estas variáveis, o estudo ideal teria que ter um enorme número de doentes, uns que recebessem terapêutica formal e um grupo de controlo de doentes não tratados e com as mesmas características, mas que recebesse de algum modo suporte psicológico e talvez... todos seguidos pelo mesmo terapeuta!!! Não é por acaso que em 1977 o editorial da revista *Lancet* tenha concluído: “Avaliar o efeito da terapêutica na afasia é virtualmente impossível”.

Muitos neurologistas mantiveram-se cépticos acerca do efeito da terapêutica da fala nos doentes afásicos e atribuíam os ganhos à recuperação espontânea e ao suporte psicológico que os terapeutas davam aos doentes. No entanto, alguns que acreditaram no efeito terapêutico da reabilitação, feita pelos terapeutas da fala, tentaram prová-lo em estudos de eficácia.

Os primeiros estudos referidos na literatura são de séries de doentes traumáticos — principalmente como resultado de ferimentos por bala (Head, 1926; Goldstein, 1942; Granich e Prangle, 1947; Eisenson, 1949) — e os seus autores referem-se à melhoria obtida após a reeducação. Goldstein (1942) depois de ter observado cerca de 100 doentes afásicos durante 10 anos concluiu que o

prognóstico é mais favorável nos doentes traumáticos quando comparados com doentes vasculares e salientou a importância do treino.

A mudança de atitude relativamente às doenças crónicas, os avanços da tecnologia na área da medicina bem como a ocorrência de afasias por AVC em figuras públicas (Churchill em 1953, Eisenhower em 1957 e Joseph Kennedy em 1962) levaram os americanos a interessar-se pela afasia e surgiram manuais, livros de exercícios e guias de tratamento para os doentes afásicos.

Mais tarde surgem outros estudos, alguns deles já com doentes de etiologia vascular (Butfield & Zangwill, 1946; Marks, Taylor & Rusk, 1957), mas que consideram apenas os doentes tratados e a recuperação é avaliada subjectivamente. Além disso os doentes incluídos não tinham todos o mesmo número de sessões terapêuticas, o período de recuperação espontânea não foi controlado e não tinham um grupo de controlo (não tratado) para fazer a comparação da melhoria.

O primeiro estudo que refere um grupo de controlo é o de Eisenson (1949). Mas isso só aconteceu acidentalmente. O autor supunha ter incluído todos os doentes afásicos de um hospital militar, num programa terapêutico, quando passados oito meses “descobriu” mais doze que estavam internados no mesmo hospital e que não tiveram qualquer estimulação. Não pôde fazer a comparação da gravidade inicial mas, quando foram descobertos, o nível de linguagem destes doze doentes era muito inferior ao do grupo tratado e alguns deles apresentavam problemas psicológicos e depressões graves.

Vamos referir alguns dos estudos mais importantes sobre a influência da terapêutica da fala na afasia e dividimo-los em três grupos: 1.º — os que comparam afásicos tratados com um grupo de controlo não tratado; 2.º — os que comparam doentes tratados por terapeutas da fala e doentes tratados por voluntários; e um 3.º grupo dos estudos que comparam duas abordagens terapêuticas diferentes: aconselhamento *versus* terapia tradicional.

No primeiro grupo estão incluídos cinco estudos em que três concluem que a terapêutica influencia favoravelmente a recuperação da afasia (quadro 1). Os estudos de Vignolo (1964) e o de Lincoln (1982) concluíram o contrário, mas nestes dois estudos foram incluídos doentes com mais do que um acidente vascular, pelo que, provavelmente, alguns teriam demência e não afasia.

Daqui parece ressaltar a importância da frequência e/ou da duração da terapêutica.

No segundo grupo verificou-se, em todos os estudos, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tratamento por terapeutas da fala e voluntários (quadro 2). Provavelmente, isso deve-se ao facto de os voluntários estarem mais empenhados e serem mais adequados do que muitos terapeutas da fala que não têm treino suficiente ou experiência para dar o melhor tratamento aos doentes afásicos. De salientar também que os voluntários foram treinados por terapeutas da fala com vasta experiência no tratamento de doentes afásicos.

Consideramos, todavia, importante que os doentes que, quer por razões geográficas, quer económicas, não possam ser seguidos por terapeutas da fala

Quadro 1 Doentes tratados versus não tratados

Referência	Etiologia	Grupo estudado	Intensidade/duração	Resultados
Vignolo, 1964	Vascular, traumatismo e tumor	60 – 42 tratados; – 27 não tratados	> 20 sessões 1 sessão/semana 40 dias	Nenhuma diferença significativa entre os grupos
Basso <i>et al.</i> , 1979	AVC, traumatismo e tumor	281: – 162 tratados; – 119 não tratados	> 3 sessões/semana 1 sessão= 45-50 min. 5 meses	Efeito significativo da terapêutica ($p < 0,0001$)
Lincoln, <i>et al.</i> , 1984	Enfartes simples ou múltiplos	191: – 104 tratados; – 87 não tratados	2 horas/semana 24 semanas	Nenhuma diferença significativa entre os grupos
Poeck, <i>et al.</i> , 1989	Lesões vasculares do hemisfério esquerdo	160 – 66 tratados; – 92 não tratados	9 horas/semana 6-8 semanas	O grupo tratado melhorou mais do que o não tratado
Mazonni <i>et al.</i> , 1995	Enfarte isquêmico	26 – 13 tratados; – 13 não tratados	– primeiros 3 meses 6 sessões/semana 45 minutos – 3-6 meses 3 sessões/semana 7 meses	A expressão oral e a escrita melhoraram significativamente em ambos os grupos mas, o grupo tratado só nos primeiros 4 meses

Quadro 2 Tratamento por terapeutas da fala versus por voluntários

Referência	Etiologia	Grupo estudado (quem tratou)	Intensidade/duração	Resultados
David <i>et al.</i> , 1982	Enfarte com pelo menos 3 semanas de evolução	96 – 48 TF; – 48 voluntários	24 semanas	Sem diferença significativa entre os dois grupos
Shewan & Kartesz, 1984	Predominantemente enfartes oclusivos do ou hemorragias estáveis do HE	79 – 52b TF; – 25 voluntários	3 horas/semana 1 ano	Sem diferença significativa entre os grupos
Wertz <i>et al.</i> , 1986	Enfartes tromboembólicos únicos	94: – 29 TF; – 36 voluntários; – 29 não tratados	8 a 10 horas/semana 12 semanas	Diferença signif. entre tratados por TF e não tratados A comparação entre tratados por volunt. e não tratados não mostrou dif. signif.
Marshall <i>et al.</i> , 1989	Enfarte único tromboembólico do hem. esquerdo.	68 – 37 voluntários – 31 TF	8 a 10 horas/semana 2 semanas	Sem diferença significativa entre os dois grupos

possam ser candidatos a tratamento por voluntários treinados por terapeutas qualificados.

No terceiro grupo só temos dois estudos (Hartman & Landau, 1987; Leal *et al.*,

Quadro 3 Terapêutica tradicional versus aconselhamento

Referência	Etiologia	Grupo estudado	Intensidade/duração	Resultados
Hartman & Landau, 1987	Enfarte do HE vascular	60 - 30 trat. tradicional - 30 aconselhamento	2 sessões/semana 6 meses	Sem diferenças significativas
Leal et al., 1993	Lesão vascular única do HE	60: - 38 trat. tradicional - 22 aconselhamento	3 horas/semana 6 meses	Ambos os grupos recuperaram. O grupo de trat. tradicional melhorou significativamente

1993) cujos resultados são contraditórios (quadro 3). Provavelmente, isso deve-se ao facto de o desenho dos estudos ser diferente. Enquanto que no estudo de Hartman e Landau os doentes só com “aconselhamento” tinham o mesmo número de sessões que os de “terapia tradicional”, no nosso estudo os doentes com “aconselhamento” recebiam-no apenas uma vez por mês, altura em que eram dadas indicações do que os familiares poderiam fazer em casa, enquanto que os doentes com “terapia tradicional” tiveram sessões de uma hora três vezes por semana, durante seis meses.

Schoonen (1991) reviu os problemas metodológicos e a validade estatística de um grande número de estudos sobre a eficácia da terapêutica da fala na afasia. De 35 estudos considerou que apenas três tinham um desenho adequado para se poderem tirar conclusões válidas. O autor concluiu, neste estudo que a eficácia da terapêutica da fala nos afásicos é duvidosa, baseado em três pontos: 1.º os efeitos do tratamento são, de um modo geral, ligeiros; 2.º o poder estatístico, neste tipo de investigação, é um problema difícil porque quanto melhor está o doente menos tem para recuperar (efeito de tecto) e 3.º os resultados significativos que existem nestes estudos podem ser atribuídos à sorte, a critérios de selecção, ao uso de escalas não aferidas e ao enviesamento da selecção da amostra. O autor questiona se se deve continuar a fazer investigação nesta área, perguntando se a afasiologia será do ponto de vista teórico suficientemente explícita para permitir estudos de eficácia. Acha que estes estudos são prematuros e sugere que se estudem aspectos teóricos da psicolinguística e/ou da neurolinguística que poderão melhorar a competência linguística dos afásicos. Aconselha, contudo, os que queiram fazer estudos de eficácia a terem mais atenção no controlo dos tratamentos e a usarem amostras maiores, com doentes seleccionados aleatoriamente, num grupo experimental e num grupo de controlo, para os tornar menos ambíguos.

Robey (1994) critica o trabalho de Schoonen e chega a conclusões diferentes. Numa meta-análise sobre 17 estudos de eficácia da terapêutica da fala na afasia verificou que terapêutica da fala é eficaz, embora reconheça que alguns desses estudos têm erros estatísticos e de validade interna graves.

Concluiu que, na fase aguda, os doentes tratados mostram uma recuperação duas vezes maior do que a recuperação espontânea por si só, e que o tratamento iniciado após o período agudo tem um efeito menor, mas significativo.

Recuperação espontânea

Quando se fala do efeito da terapêutica da fala nos afásicos devemos ter sempre presente a recuperação espontânea. A sua avaliação é importante do ponto de vista científico e socioeconómico, embora este aspecto, no nosso país, não tenha por enquanto grande importância. Em países como os EUA, por causa dos seguros de saúde, é necessário fundamentar a necessidade e a utilidade da terapêutica.

Na literatura encontramos vários estudos sobre recuperação espontânea (Butfield & Zangwill, 1946; Vignolo, 1964; Lomas e Kertesz, 1978; Basso *et al.*, 1979; Demeurisse, 1980) e quase todos eles concluem que é nos três primeiros meses que se observa uma melhoria mais marcante e que a terapêutica da fala influencia positivamente o período de recuperação espontânea, isto é, os doentes tratados neste período melhoram mais do que os não tratados.

Há também uma certa unanimidade na afirmação de que a compreensão auditiva melhora independentemente da gravidade da afasia e de que a presença de apraxia oral influencia negativamente a recuperação das afasias não fluentes (Basso *et al.*, 1979).

Factores de prognóstico

Outro aspecto a considerar são os factores de prognóstico. Basso (1992), num artigo de revisão, dividiu-os em dois grupos: factores anagráficos e factores neurológicos. Nos primeiros considerou a idade, o sexo e a lateralidade. Nos neurológicos a etiologia, a localização e a extensão da lesão, o tipo e a gravidade da afasia. Estes últimos parecem ser os mais importantes, sobretudo a localização e a extensão da lesão e a gravidade inicial da afasia. Nesse artigo, Basso salienta ainda a importância da terapêutica da fala considerando-a como um importante factor de prognóstico.

Avaliação da afasia

É do consenso geral que as baterias de avaliação convencionais são pouco mais do que um instrumento que permite classificar os doentes em vários tipos de afasia e avaliar a gravidade da perturbação verbal. Em quase todos os testes de afasia pede-se ao doente que use linguagem, mas não como meio de comunicação. Tarefas de nomeação de objectos, repetição de palavras, de fluência verbal são avaliadas isoladamente e não se avalia como o afásico interage com o meio ambiente, o que é, de certo modo, um processo artificial. Quem de nós, ao aplicar um teste a um

afásico, não se apercebeu da sua perplexidade, por exemplo, quando lhe é pedido que “deite a língua de fora” ou que “ponha o alfinete ao lado da escova”? No seu dia-a-dia, a um adulto, não lhe são dadas ordens deste tipo.

E é com o resultado destes testes que medimos a recuperação e avaliamos a eficácia da terapêutica!!!

Mas recuperação o que é?

Para Martha T. Sarno (1981) ela significa “a restituição das capacidades comunicativas do doente no seu dia-a-dia e com fins sociais de interacção com os outros.” Todos os terapeutas da fala que trabalham com doentes afásicos estarão, certamente, de acordo com ela. Não é o aumento de pontuação nos testes que traduz o modo como o doente “melhora” a sua comunicação na vida real.

Mas como medir recuperação se as metas a atingir não são as mesmas para o doente, para a família, para os técnicos de saúde e para a sociedade? Definitivamente não consideramos que o aumento de pontuação nos testes ou a mudança de diagnóstico possam ser considerados efectiva recuperação. Dever-se-ia avaliar como o doente se comporta em casa, nas lojas, na rua ou no trabalho, onde a linguagem é usada não pelo seu valor intrínseco, mas para transmitir informação. Será, pois, que a avaliação da comunicação funcional responde à nossa pergunta?

Comunicação funcional

As baterias tradicionais centram-se principalmente no estudo de capacidades de linguagem, negligenciando os aspectos pragmáticos da comunicação do afásico. Todas elas, desde as mais “neurológicas” às neurocognitivistas, como a PALPA (*psycholinguistic assessment of language processing in aphasia*, Kay *et al.*, 1992), não fazem qualquer tentativa de avaliar a linguagem usada em contexto mas apenas o seu processamento.

A avaliação funcional da linguagem é relativamente recente (*functional communication profile* — Sarno, 1969), e às baterias existentes também se pode objectar que medem modelos de linguagem “associais” — são criadas situações artificiais em que se leva um doente a representar um papel cujo desempenho, provavelmente, seria muito diferente se o doente se encontrasse perante a situação real.

As baterias destinadas a avaliar a comunicação funcional são já em número elevado e bastante diferentes entre si:

- Functional Communication Profile (FCP), Sarno (1969)

- Communicative Abilities in Daily Living (CADL), Holland (1980)
- Speech Questionnaire (SQ), Lincoln (1982)
- Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP), Skinner *et al.* (1994)
- Everyday Language Test (ELT), Blomert *et al.* (1987)
- Communicative Effectiveness Index (CEI), Lomas (1989)
- Functional Communication for Adults (FCA), Lomas e colaboradores (1989)
- Amsterdam-Nijmegen Everyday Language test (ANELT), Blomert e colaboradores (1990)

As tentativas de uniformizar a avaliação funcional têm sido muito frustes. Cada país tem a sua própria cultura e é muito difícil adaptar, por exemplo, uma bateria americana, como o CADL, à população afásica portuguesa. Se, mesmo no próprio país, e falamos de Portugal que é um país pequeno, as diferenças culturais entre interior/litoral, centros urbanos/centros rurais são enormes, como será possível elaborar uma bateria “universal”? Uniformizar comportamentos medíveis por um único instrumento é uma tarefa difícil e por isso os especialistas que se dedicam a esse assunto continuam a discuti-lo.

Segundo Parr (1996), se o nosso principal objectivo é avaliar e/ou tratar os indivíduos em relação à sua independência como comunicadores, devemos ter em conta que: 1 — o afásico deve ter um papel central na decisão clínica, acerca do seu caso; 2 — os objectivos funcionais devem ser identificados “por” e “com”, mas não “para” o afásico; 3 — devemos explorar com os doentes novos caminhos de “conviver” com uma capacidade de linguagem restrita.

Em 1980 a OMS divulgou um esquema classificativo que distingue entre os termos: deficiência, incapacidade e desvantagem / *handicap*.

A incapacidade (que resulta daquilo que a deficiência provoca na vida do dia-a-dia pessoal, social e profissional do indivíduo) e o *handicap* (a limitação a nível individual, familiar e comunitário causada pela incapacidade) variam muito relativamente ao mesmo grau de deficiência. Variam, para além disso, de pessoa para pessoa, dependendo dos recursos, valores e atitudes do indivíduo e da família.

Tratamento da afasia

Os terapeutas da fala tratam a incapacidade orientados por um objectivo: melhorar o que está perturbado, na tentativa de restabelecer a comunicação do doente com o seu meio ambiente. Para além dos métodos terapêuticos que usa, a atitude do terapeuta da fala é muito intuitiva. Faz muitas vezes aquilo que lhe parece certo, sabendo adaptar-se às características da personalidade do doente e, no fundo, sabe se a sua atitude terapêutica está a atingir o objectivo, apesar de não o poder demonstrar cientificamente.

Embora muita gente se preocupe em avaliar resultados da intervenção do TF com os afásicos, pouca literatura existe àcerca do modo como se tratam os doentes afásicos, quais as prioridades que os terapeutas estabelecem e sobretudo porque usam determinado método em detrimento de outros.

Sabe-se pouco sobre a especificidade das técnicas e protocolos usados, e isso torna difícil comparar e replicar resultados. Já em 1979 Frank Benson constatava que os programas terapêuticos para os afásicos deviam ser mais precisos e seleccionados de acordo com as necessidades dos doentes.

Métodos terapêuticos

Método de estimulação (Stimulation Approach)

Este método terapêutico é o mais conhecido e referido na literatura. O método fundamenta-se na premissa de que a perturbação na compreensão auditiva e na capacidade de evocação é comum a todos os doentes afásicos. Baseia-se num modelo que envolve três parâmetros: estimulação, facilitação e motivação, em que cada modalidade linguística é usada para estimular outra num programa de complexidade gradual (Schuell, *et al.* 1955).

Método de entoação melódica (MIT)

Este sistema presume que no doente afásico o hemisfério direito se encontra intacto e que é ele o responsável pela produção melódica. Considera que é possível desenvolver uma capacidade de linguagem funcional se for “ensinada” em associação com o ritmo e a melodia. Numa série de passos cuidadosamente seleccionados, os terapeutas introduzem a melodia, o ritmo e o conteúdo verbal. As frases são cantadas ou entoadas e posteriormente ditas (Albert *et al.*, 1978).

Método PACE (Promoting Aphasics’ Communicative Effectiveness)

O PACE não é um programa de tratamento prescritivo. É uma abordagem terapêutica baseada na convicção de que “qualquer doente afásico pode comunicar de qualquer maneira” e que a forma de encorajar e realçar as estratégias de comunicação é através de um paradigma de tratamento que reflecta os objectivos e a estrutura da comunicação natural (Davis & Wilcox, 1985).

Método LOT (Language-Oriented Treatment)

É um método que se baseia em informação recolhida em várias áreas, como a linguística, a psicolinguística, a neuropsicologia e a patologia da linguagem. Reflecte o conhecimento sobre a linguagem, a sua organização, processamento e recuperação após uma lesão cerebral (Shewan & Bandur, 1986).

Técnicas terapêuticas

Visual Communication Therapy (VIC)

Esta foi uma técnica experimental usada para afásicos globais. É um sistema de linguagem artificial que usa cartões com símbolos arbitrários que representam componentes sintácticos e lexicais. O doente aprende a reconhecer os símbolos e a manipulá-los para: a) responder a ordens; b) responder a perguntas; c) descrever acções, e d) exprimir necessidades, desejos e outras emoções (Gardner *et al.*, 1976).

Visual Action Therapy (VAT)

O objectivo desta técnica é treinar os afásicos globais a associar formas ideográficas a objectos e acções específicas. Usando objectos reais e seguindo passos rigorosamente pré-determinados, o doente é ensinado a avaliar a representação simbólica dos desenhos e gestos e mais tarde a introduzir (por si próprio) gestos simbólicos (Helm & Benson, 1978).

Amer-Ind

É baseado no código gestual dos índios americanos. Esta técnica tenta combinar um sistema gestual com produção oral de linguagem. É usado sobretudo em doentes com apraxia oral (Skelly *et al.*, 1979).

Mapping Therapy

É um programa específico para o tratamento do agramatismo (Schwartz *et al.*, 1994).

Computadores e afasia

Os computadores na reabilitação da afasia têm sido utilizados essencialmente em duas vertentes: como suporte de métodos alternativos/aumentativos de comunicação, e como suporte de programas de estimulação das capacidades de linguagem residuais.

Inicialmente os computadores pessoais recorriam quase em exclusivo à componente visual, portanto os primeiros programas que apareceram recorriam quase exclusivamente a esse sentido. Assim, foram-se multiplicando os programas para as capacidades de escrita (Seron *et al.*, 1980; Katz & Nagy, 1984; Loverso *et al.*, 1985) e de leitura (Katz & Nagy, 1983; Katz & Wertz, 1992). Contudo, essa corrente era por vezes interrompida por um ou outro programa, embora de uma forma incipiente, para a compreensão auditiva (Mills & Thomas, 1981) ou para alguns aspectos da expressão oral (Colby *et al.*, 1981; Deloche *et al.*, 1990, 1992, 1993).

O aparecimento nos últimos anos da tecnologia multimédia, veio alterar um pouco esta situação, pois já é possível encontrarem-se programas com um grau de complexidade e de atracção visual e auditiva bastante razoável (Stachowiak, 1993, Vendrell, 1993, Kitzing, 1993, Fonseca *et al.*, 1999). No entanto, há aspectos tecnológicos que ainda impedem a criação, de uma forma sistemática, de programas em que, por exemplo, sejam detectados erros de expressão oral.

Eficácia dos computadores na reabilitação da afasia

Não se pode querer responder a uma questão tão global quando o que se utiliza sempre é um único programa e portanto, no máximo, responde-se se esse programa é eficaz. Para além disso, como um programa de computador não é um método terapêutico, não é para funcionar isoladamente, devendo ser tidos em conta os procedimentos terapêuticos habituais.

Mas com tantas considerações será que afinal tem algum interesse investir no desenvolvimento e na aplicação de programas informáticos na reabilitação da afasia? Parece-nos que sim, pois se observarmos como, a pouco e pouco, os computadores têm invadido a nossa vida profissional e pessoal em quase todas as situações da vida quotidiana, custa um pouco a entender como é que não terão interesse e vantagens em ser aplicados na reabilitação da linguagem.

A aplicação de computadores no tratamento da afasia, embora já tenha alguns anos, ainda é uma área nova e que está constantemente a renovar-se com o aparecimento de novos programas mais imaginativos, mais atraentes e mais complexos e completos. Os resultados dessa aplicação são ainda muito inconstantes (Katz, 1987; Robertson, 1990), sendo necessário insistir e aumentar o número de pessoas que os utilizam.

Os métodos e técnicas referidos englobam muitas possibilidades que se podem usar no tratamento dos afásicos mas, mais do que conhecer os métodos, um terapeuta da fala que trabalha com doentes afásicos deve ter sempre presentes as respostas às perguntas:

Como tratar?

Utilizando todos os meios possíveis para ensinar estratégias que facilitem e melhorem a comunicação do doente afásico e com o doente afásico. Pode usar-se todo o material de que se dispõe, desde que seja adequado à personalidade e ao grau sociocultural do indivíduo.

Tratar o quê?

O que achar que é mais importante para aquele doente. Faz mais sentido, parece-nos, tentar melhorar o defeito de escrita de um indivíduo de 50 anos que tem possibilidades de reintegração profissional, do que de um outro de 75 anos, reformado, que só precisa da escrita para assinar os cheques ou pouco mais.

Porquê tratar?

Porque o objectivo principal é tornar o indivíduo igual ou o mais parecido possível com o que era.

Queremos ainda referir-nos ao contributo que a psicologia cognitiva trouxe para o tratamento da afasia. Provavelmente porque é uma teoria nova e que deve o seu desenvolvimento sobretudo aos estudos das perturbações adquiridas da leitura e da escrita, não nos sugere ainda grandes modificações no modo de tratar o doente afásico. A maior parte dos casos apresentados na literatura são doentes com problemas de dissociação entre as modalidades de linguagem, que os cognitivistas tentam explicar como se se tratasse de uma ruptura num dos circuitos do sistema (numa das “caixas” onde estão guardadas a fonologia, a semântica, o léxico...) que provocasse a disfunção. Estudam casos individuais e propõem para cada doente uma terapêutica específica. Este parece-nos um “exercício” importante mais para quem se dedica à investigação do que propriamente para o tratamento, e, excepto nos casos de perturbações da leitura, dá-nos poucos indicadores de como actuar com o afásico. Não conhecemos nenhum modelo cognitivista que explique e proponha uma via para tratar defeitos graves na compreensão auditiva de linguagem ou casos de doentes com estereótipo ou com apraxia oral grave.

Reabilitação da afasia

O factor mais crítico na reabilitação da afasia é o facto de que muito poucos doentes recuperam totalmente a comunicação, com ou sem terapêutica da fala. Esta realidade requer que vejamos a reabilitação destes doentes como um processo de adaptação do afásico às alterações e limitações impostas pela deficiência.

Para que a reabilitação seja o mais efectiva possível é requerida a participação de várias áreas como a Medicina, a Psicologia, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, o Serviço Social e a Terapêutica da Fala. Só uma intervenção multidisciplinar pode responder a todas as necessidades da pessoa com afasia e também dos seus familiares próximos.

O Doente Afásico

O doente afásico passa, regra geral, por três fases: depressão, pânico e adaptação. Na primeira fase os doentes, geralmente, afastam-se dos amigos e da vida social. Alguns perdem o interesse pelo que os rodeia. Ficam apáticos, manifestando muitas vezes sinais de desânimo. Muitas vezes também fazem planos irrealistas, baseados numa recuperação completa e estabelecem prazos para a recuperação.

A terapêutica da fala pode ser muito importante nesta fase, pois o canalizar a atenção e energia do doente para a recuperação das incapacidades linguísticas pode exercer um efeito redutor da depressão. A terapêutica da fala equivale ao trabalho que é um antídoto para a depressão.

Na segunda fase, o doente é particularmente difícil de lidar. Alguns doentes são fisicamente violentos e provocam confrontos com a família e com os técnicos.

Na terceira e última fase é o período de adaptação que continua pelo resto da vida do doente. Neste período o doente mobiliza e concentra todas as suas forças e começa a compensar os defeitos.

O padrão de perturbação linguística está geralmente estabilizado ao fim de um ano e, embora alguma melhoria possa ocorrer para além deste período, a recuperação completa é rara se não foi atingida no primeiro ano.

Em geral, a qualidade das relações pré-mórbidas tende a ser intensificada; as que já eram problemáticas complicam-se enquanto que o "laço" entre um par amoroso, por exemplo, muitas vezes torna-se mais forte. A inversão de papéis, a modificação nos níveis de dependência e uma situação económica diferente, que são tão frequentes como consequência de uma deficiência crónica, podem ter um impacto negativo quer no doente quer na família.

Num meio familiar bom, o afásico é encorajado a desenvolver as rotinas diárias tão parecidas quanto possível com o seu padrão pré-mórbido e é tratado como um membro importante da família. É-lhe permitido progredir à sua

velocidade e a família facilita a participação em actividades, segundo os interesses e capacidades do doente.

A ênfase na função mais do que numa recuperação completa, valorizando o sucesso mais do que a falha, ajuda o doente a sentir-se pessoa. É ainda essencial escutar o doente. Uma relação empática pode ser muitas vezes mais reconfortante do que declarações de prognóstico optimistas.

O Terapeuta da Fala do Doente Afásico

Na reabilitação da afasia a variável mais crítica é o terapeuta da fala. Nenhuma abordagem ou técnica de tratamento pode ser eficaz se não for implementada por um terapeuta maduro e experiente. Um terapeuta experiente sabe adaptar as técnicas às necessidades individuais do doente, porque sabe que não há dois afásicos exactamente iguais no defeito, personalidade, reacção à doença, experiência de vida, valores espirituais, etc., e como estes factores influenciam e estão intrinsecamente relacionados com o padrão de recuperação.

Na base de todas as técnicas está o conceito de que elas devem contribuir para o bem estar psicológico do doente e pelo contrário não devem deprimi-lo, frustá-lo ou provocar-lhe sentimentos de perda da auto-estima. Isto é o que deve estar presente na cabeça de um TF e dita a escolha das actividades terapêuticas. Uma abordagem demasiado rígida, baseada em noções preconcebidas do que se deve fazer, salvo em casos de defeitos muito ligeiros, pode levar ao insucesso.

O TF tenta que o doente se aceite tal como é. Isto é difícil e requer tempo, paciência e “tacto”. Brumfitt & Clarke (1983) consideraram que a terapêutica da fala é “um caso especial da arte geral da psicoterapia”.

A experiência tem demonstrado que a escolha da técnica terapêutica é muito menos importante do que a forma como é aplicada. Todos os métodos podem ser usados na terapêutica de um doente afásico, se forem adaptados, como é óbvio, ao indivíduo. Simpatia e boas intenções não chegam para uma efectiva terapêutica da afasia. Um TF competente deve ter um conhecimento completo da afasia para conseguir explicar ao doente e à família o significado dos sintomas, reacções, etc.

O estabelecimento da terapêutica e a qualidade da interacção entre o doente e o TF devem ser calmos, relaxados e confortáveis, para facilitar o melhor desempenho que o doente é capaz de produzir.

Comentário final

Achamos que o problema crucial não parece ser tanto o desenvolvimento de novas teorias ou de novas baterias de avaliação para a afasia mas a aposta no aumento do

número de profissionais qualificados para tratar estes doentes e, se o objectivo da terapêutica da fala é melhorar a comunicação, mais do que o desempenho do doente em testes formais, não nos devemos preocupar tanto em provar a sua eficácia, mas sobretudo em encontrar novas vias de ajudar o afásico a tornar-se um ser social completo e a exercer a sua qualidade de cidadão.

Notas

- 1 Os autores agradecem à Doutora Maria Emília Santos pela cuidadosa revisão do manuscrito.
- 2 Morada para correspondência: Terapeuta Gabriela Leal, Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Maria 1600 Lisboa, Portugal; Telefone/Fax 21 793 44 80; E-mail: labling@mail.telepac.pt

Referências

- Albert, M. L., Sparks, R. W., & Helm, N. A. (1978). Melodic intonation therapy for aphasia. *Archives of Neurology*, 29, 130-131.
- Basso, A., Capitani, E., & Vignolo, L. A. (1979). Influence of rehabilitation on language skills in aphasic patients: A controlled study. *Archives of Neurology*, 36, 190-196.
- Basso, A. (1992). Prognostic factors in aphasia. *Aphasiology*, 6, 337-348.
- Bateman, F. (1890). *On aphasia or loss of speech and the localization of the faculty of articulate language* (2.^a Ed.). Londres: Churchill.
- Benson, F. (1979). Aphasia rehabilitation. *Archives of Neurology*, 36, 187-189.
- Blomert, L., Koster, C., Van Mier, H., & Kean, M. L. (1987). Verbal communication abilities of aphasic patients: The everyday language test. *Aphasiology*, 8, 463-474.
- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam — Nijmegen Everyday Language Test (ANELT): Construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8, 381-407.
- Brumfit, S., & Clarke, P. (1983). An application of psychotherapeutic techniques to the management of aphasia. In Chris Code & D. J. Muller (Eds.), *Aphasia therapy* (pp. 89-101). Londres: Edward Arnold Ltd.
- Butfield, E., & Zangwill, O. L. (1946). Re-education in aphasia: A review of 70 cases. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 9, 75-79.
- Colby, K. M., Christinaz, D., Parkinson, R. C., Graham, S., & Karpf, C. (1981). A word finding computer program with a dynamic lexical-semantic memory for patients with anomia using an intelligent speech prosthesis. *Brain and Language*, 14, 272-281.

- David, R., Enderby, P., & Bainton, D. (1982). Treatment of acquired aphasia: Speech therapists and volunteers compared. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 4, 957-961.
- Davis, G. A., & Wilcox, M. J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: applied pragmatics*. San Diego: College Hill Press.
- Deloche, G., Hannequin, D., Kremin, H., Metz-Lutz, M. N., Ferrand, I., Dordain, M., Perrier, D., Quint, S., Blavier, A., Cardebat, D., Larroque, C., Naud, E., Pichard, B., & Rosnet, E. (1990). Rééducation sur micro-ordinateur des troubles de la dénomination d'images chez des adultes aphasiques. *Rééducation Orthophonique*, 28, 299-313.
- Deloche, G., Ferrand, I., Metz-Lutz, M. N., Dordain, M., Kremin, H., Hannequin, D., Perrier, D., Pichard, B., Quint, S., Larroque, C., Cardebat, D., Naud, E., Bergego, C., Pradat-Diehl, P., & Tessier, C. (1992). Confrontation naming rehabilitation in aphasics: A computerised written technique. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2, 117-124.
- Deloche, G., Dordain, M., & Kremin, H. (1993). Rehabilitation of confrontation naming in aphasia: Relations between oral and written modalities. *Aphasiology*, 7, 201-216.
- Demeurisse, G., Demol, O., Derouck, M., Beuckelaer, R., Coekaerts, M. J., & Capon, A. (1980). Quantitative study of the rate of recovery from aphasia due to ischaemic stroke. *Stroke*, 11, 455-458.
- Gardner, H., Zurif, E. B., Berry, T., & Baker, E. (1976). Visual communication in aphasia. *Neuropsychologia*, 14, 95-103.
- Editorial (1977). Progress in Aphasia. *Lancet*, 2, 24.
- Eisensohn, J. (1949). Prognostic factors related to language rehabilitation in aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 14, 262-264.
- Fonseca, J., Leal, G., Farrajota, L., Carneiro, J. L., Martins, I. P., & Castro-Caldas, A. (1999). Lisling — programa multimédia para tratamento de afásicos. *Integrar*, 17, 35-38.
- Froeschells, E., Dittrich, O., & Wilhelm, L. (1932). *Psychological elements in speech*. Boston: Expression.
- Goldstein, K. (1942). *After-effects of brain injuries in war. Their evaluation and treatment*. Nova Iorque: Grune & Stratton.
- Granich, L., & Prangle, G. (1947). *Aphasia: A guide to retraining*. Nova Iorque: Grune & Stratton.
- Hartman, J. (1981). Measurement of early spontaneous recovery from aphasia with stroke. *Annals of Neurology*, 9, 89-91.
- Hartman, J., & Landau, W. M. (1987). Comparison of formal therapy with supportive counselling for aphasia due to acute vascular accident. *Archives of Neurology*, 44, 646-649.
- Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders*. Londres: Cambridge University Press.
- Helm-Estabrooks, N., Fitzpatrick, P., & Barresi, B. (1982). Visual action therapy for global aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 385-389.
- Helm, N., & Benton, D. F. (1978). *Visual action therapy for global aphasia*. Paper presented at the Academy of Aphasia, Chicago: USA.

- Holland, A. L. (1980). *Communicative abilities in daily living: A test of functional communication for aphasic adults*. Baltimore: University Park Press.
- Kay, J., Lesser, R., & Coltheart, M. (1992). *PALPA: Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Katz, R. (1987). Efficacy of aphasia treatment using microcomputers. *Aphasiology*, 1, 141-150.
- Katz, R. C., & Nagy, V. T. (1983). A computerized approach for improving word recognition in chronic aphasic patients. In R. H. Brookshire (Eds.), *Clinical Aphasiology: Conference Proceeding*. Minneapolis: BRK Publishers.
- Katz, R. C., & Nagy, V. T. (1984). An intelligent computer-based spelling task for chronic aphasic patients. In R. H. Brookshire (Ed.), *Clinical aphasiology: Conference proceeding*. Minneapolis: BRK Publishers.
- Katz, R. (1987). Efficacy of aphasia treatment using microcomputers. *Aphasiology*, 1, 141-150.
- Katz, R. C., & Wertz, R. T. (1992). Computerised hierarchical reading treatment in aphasia. *Aphasiology*, 6, 165-177.
- Kitzing, P. (1993). Computer-assisted aphasia therapy: PC and Macintosh systems in Malmö/Sweden. In Franz J. Stachowiak et al. (Eds.), *Developments in the assessment and rehabilitation of brain damage: Perspectives from a European Concerted Action* (pp. 333-339). Gunter Narr Verlag Tübingen.
- Leal, G., Farrajota, L., Fonseca, J., Guerreiro, M., & Castro-Caldas, A. (1993). The influence of speech therapy on the evolution of stroke aphasia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15 (3), 399.
- Lendrem, W., & Lincoln, N. B. (1985). Spontaneous recovery of language in patients with aphasia between 4 and 34 weeks after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 743-748.
- Lincoln, N. B. (1982). The speech questionnaire: An assessment of functional language ability. *International Rehabilitation Medicine American*, 4, 114-117.
- Lincoln, N. B., McGuirk, E., Mulley, G., Lendrem, W., Jones, A. C., & Mitchell, J. R. A. (1984). Effectiveness of speech therapy for aphasic stroke patients: A randomized controlled trial. *Lancet*, 1, 1197-1200.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124.
- Lomas, J., & Kertesz, A. (1978). Patterns of spontaneous recovery in aphasic groups: a study of adult stroke patients. *Brain and Language*, 5, 388-401.
- Loverso, F. L., Prescott, T. E., Selinger, M., Wheeler, K., Mand Smith, R. D. (1985). The application of microcomputers for the treatment of aphasic adults. In R. H. Brookshire (Ed.), *Clinical aphasiology: Conference proceeding*. Minneapolis: BRK Publishers.
- Marks, M. M., Taylor, M. L., & Rusk, L. A. (1957). Rehabilitation of the aphasic patient: A survey of three years experience in a rehabilitation setting. *Neurology*, 7, 837-843.
- Marshall, R. C., Wertz, R. T., Weiss, D. G., Aten, J. L., Brookshire, R. H., Garcia-Bunuel, L., Holland, A. L., Rurtzke, J. F., LaPointe, L. L., Milianti, F. J., Brannegan, R.,

- Greenbaum, H., Vogel, D., Carter, J., Barnes, N. S., & Goodman, R. (1989). Home treatment for aphasic patients by trained nonprofessionals. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 462-470.
- Mazonni, M., Vista, M., Parossi, L., Avila, L., Bianchi, F., & Moretti, P. (1992). Spontaneous evolution of aphasia after ischaemic stroke. *Aphasiology*, 6, 387-396.
- Mazonni, M., Vista, M., Geri, E., Avila, L., Bianchi, F., & Moretti, P. (1995). Comparison of language recovery in rehabilitated and matched, non-rehabilitated aphasic patients. *Aphasiology*, 9, 553-563.
- Mills, C. K. (1904). Treatment of aphasia by training. *Journal of the American Medical Association*, 43, 1940-1949.
- Mills, R., & Thomas, R. (1981). Microcomputerized language therapy for the aphasic patient. IEEE proceedings of the John Hopkins First National Search for personal Computing to Aid the Handicapped.
- Organização Mundial de Saúde (1982). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Genebra: OMS.
- Parr, S. (1996). Everyday literacy in aphasia: radical approaches to functional assessment and therapy. *Aphasiology*, 10, 469-503.
- Poeck, K., Huber, W., & Willmes, K. (1989). Outcome of intensive language treatment in aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 471-479.
- Robertson, I. (1990). Does computerized cognitive rehabilitation work? A review. *Aphasiology*, 4, 381-405.
- Robey, R. R. (1994). The efficacy of treatment for aphasic persons: A meta-analysis. *Brain and Language*, 47, 582-608.
- Sarno, M. T. (1969). *Functional Communication Profile*. Nova Iorque: New York University Medical Centre.
- Sarno, M. T. (1981). Recovery and rehabilitation in aphasia. In M. T. Sarno (Ed.), *Acquired Aphasia* (pp. 485-530). Nova Iorque: Academic Press.
- Schoonen, R. (1991). The internal validity of efficacy studies: Design and statistical power in studies of language therapy for aphasics. *Brain and Language*, 41, 446-464.
- Schuell, H. M., Carrol, V., & Street, B. S. (1955). Clinical treatment of aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 20, 43-53.
- Schwartz, M., Saffran, E., Fink, R., Myers, J., & Martin, N. (1994). Mapping therapy: A treatment programme for agrammatism. *Aphasiology*, 8, 19-54.
- Seron, X., Deloche, G., Moulard, G., & Rousselle, M. (1980). A computer-based therapy for the treatment of aphasic subjects with writing disorders. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 45-48.
- Shewan, C. M., & Kertesz, A. (1984). Effects of speech and language treatment on recovery from aphasia. *Brain and Language*, 23, 272-299.
- Shewan, C. M., & Bandur, D. L. (1986). *Treatment of aphasia: A language-oriented approach*. San Diego: College-Hill Press, Inc.
- Skelly, M., Schinsky, L., Smith, R., & Fust, R. S. (1979). *Amer-Ind gestural code based on universal american indian handtalk*. Nova Iorque: Elsevier.
- Skinner, C., Wirz, S., Thompson, I., & Davidson, J. (1994). *Edinburg functional communication profile*. Londres: Winslow Press.

- Stachowiak, F. J. (1993). Computer-Based aphasia therapy with the Lingware/STACH system. In F. J. Stachowiak *et al.* (Eds.), *Developments in the assessment and rehabilitation of brain damage: Perspectives from a european concerted action* (pp. 353-380). Gunter Narr Verlag Tübingen.
- Vendrell, J. M. (1993). Microcomputers in language rehabilitation. In F. J. Stachowiak *et al.* (Eds.), *Developments in the assessment and rehabilitation of brain damage: Perspectives from a european concerted action* (pp. 341-346). Gunter Narr Verlag Tübingen.
- Vignolo, L. A. (1964). Evolution of aphasia and language rehabilitation: A retrospective exploratory study. *Cortex*, 1, 344-367.
- Wertz, R. T., Weiss, D. G., Aten, J. L., Brookshire, R. H., Garcia-Bunuel, L., Holland, A. L., Kurtzke, J. F., LaPointe, L. L., Milianti, F. J., Brannegan, R., Greenbaum, H., Marshall, R. C., Vogel, D., Carter, J., Barnes, N. S., & Goodman, R. (1986). Comparison of clinic, home and deferred language treatment for aphasia: A veterans administration cooperative study. *Archives of Neurology*, 43, 653-658.

Aphasia recovery and rehabilitation (abstract) The scope of speech therapy is large and includes different pathologies. One of these is aphasia. Aphasia is a language disorder caused by brain damage and may involve different aspects of communication namely oral expression, language understanding, reading and writing. In this paper, the authors review the literature about the role of speech therapy in the rehabilitation of aphasia. This paper summarizes the efficacy studies on aphasia treatment conducted by national and foreign investigators, assessment and treatment of aphasia. As a final comment the authors hope that the number of professionals, specialized in this area, increase and that research in this issue help the aphasics to improve their quality of life.