

Avaliação da afasia pelo Médico de Família

GABRIELA LEAL*, ISABEL PAVÃO MARTINS**

RESUMO

A linguagem é um processo complexo que envolve múltiplas estruturas do hemisfério cerebral esquerdo, hemisfério dominante para a linguagem nos indivíduos dextros e, mesmo na maioria dos indivíduos canhotos.

Designa-se por Afasia a perturbação de linguagem resultante de uma lesão cerebral que compromete vários aspectos da comunicação, nomeadamente a expressão oral, a compreensão de linguagem, a leitura e a escrita. São diversos os tipos de afasia, dependendo da localização da lesão cerebral.

A Afasia é uma sequela frequente de Acidente Vascular Cerebral, de traumatismos crânio-encefálicos e, embora mais rara, de tumores cerebrais ou de doenças infecciosas.

Pretende-se, neste artigo, descrever uma avaliação de linguagem passível de ser feita à cabeceira do doente ou numa consulta pelo médico de família. A avaliação consiste em quatro provas cardinais que permitem diagnosticar o tipo de afasia: fluência, nomeação de objectos, repetição de palavras e compreensão de ordens simples. Além destes, outros testes de leitura e de escrita permitem caracterizar melhor o defeito.

Palavras-Chave: Afasia; Avaliação; Linguagem.

INTRODUÇÃO

A fasia pode ser definida como a perda ou redução da capacidade de processar linguagem como resultado de uma lesão cerebral. Pode manifestar-se como dificuldade em: 1) perceber mensagens faladas ou escritas; 2) identificar imagens e objectos e/ou 3) comunicar através da fala, escrita e/ou do gesto.

A avaliação sumária do defeito afásico pode e deve ser do domínio de todos os médicos, desde os que atendem os doentes no Serviço de Urgência, os que os acompanham

no internamento até ao médico de família. Saber diagnosticar e caracterizar o defeito afásico, para poder dirigir o doente para os locais certos de avaliação e tratamento, pode ser fundamental para a recuperação destes doentes.

No Laboratório de Estudos de Linguagem usamos uma bateria de testes padronizada (Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa) para avaliação dos defeitos de linguagem, sendo a maior parte dos doentes enviados pelos serviços de internamento do Hospital de Santa Maria, por outros hospitais e centros de saúde e pelos médicos assistentes dos doentes. A avaliação é feita pelos terapeutas da fala, à semelhança do que acontece em quase todo o mundo.

São diversos os tipos de afasia, dependendo da localização da lesão. O diagnóstico do tipo de afasia é feito essencialmente por quatro provas:

análise do discurso, nomeação de objectos por confrontação visual, repetição de palavras e compreensão de ordens simples.

Para além das afasias existem outras alterações de linguagem provocadas por lesões cerebrais (Quadro I).

Alterações de linguagem em síndromas confusionais

Estes doentes apresentam uma alteração no reconhecimento e na compreensão do ambiente, defeito de atenção e de memória, pensamento confuso e desorientação no tempo e no espaço. A sintaxe, a evocação de palavras, a compreensão auditiva e a capacidade de repetição estão normais. Contudo, as respostas a perguntas abertas são confabulatórias e irrelevantes. Este tipo de alteração encontra-se em doentes com lesões cerebrais bilaterais (frequentemente

*Terapeuta da Fala

**Professora de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Laboratório de Estudos de Linguagem
Centro de Estudos Egas Moniz,
Faculdade de Medicina de Lisboa

QUADRO I

OUTRAS CAUSAS DE ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM

Síndromas confusionais – discurso incoerente de conteúdo confabulatório, sem defeitos de nomeação, repetição ou de compreensão.

Demência – defeitos de evocação de palavras e do conteúdo e estrutura do discurso.

Lesões do Hemisfério Direito – defeitos de prosódia, dificuldades na compreensão de metáforas e do sentido figurativo da linguagem.

Esquizofrenia – conteúdo confabulatório e delirante; linguagem hermética com significado próprio.

Apraxia do discurso – defeito na programação motora do discurso.

Disartria – defeito de articulação.

traumáticas e é, em geral, transitório) ou em disfunções metabólicas (etilismo; abstinência alcoólica; insuficiência hepática, etc.).

Alterações de linguagem na demência

As alterações de linguagem na demência são acompanhadas de deterioração de outras capacidades cognitivas, sobretudo os defeitos de memória. Os defeitos notam-se, principalmente, nas tarefas de retenção, atenção, abstracção e generalização. Os defeitos de linguagem são semelhantes em gravidade aos encontrados noutras tarefas intelectuais¹.

À medida que a demência avança, aumentam os defeitos na fluência verbal, na evocação de palavras, na fonologia, na sintaxe e na semântica, na estrutura e no conteúdo do discurso.

Defeitos de comunicação subsequentes a lesões do hemisfério direito

As alterações de linguagem mais comuns nas lesões do hemisfério direi-

to são: alterações da prosódia e dificuldades na compreensão de metáforas e do sentido de humor. Apesar destes doentes não manifestarem grandes defeitos na produção do discurso, são comunicadores pobres².

Alterações de linguagem na esquizofrenia

Segundo Benson³, a esquizofrenia é caracterizada por um defeito no pensamento e não na linguagem. Nos doentes esquizofrénicos observa-se, sobretudo, perseveração nas ideias, ideias delirantes e confabulação que obviamente se manifestam através da linguagem, mas sem que haja alteração na selecção das palavras e com um desempenho gramatical intacto.

Apraxia do discurso

É uma alteração que geralmente coexiste com a afasia. Segundo Kent e Rosenbek⁴, a apraxia é uma perturbação sensoriomotora da fala que se traduz por um defeito na articulação e na prosódia e, resulta da incapacidade do Sistema Nervoso Central programar a sequência de movimentos orais necessários à fala, na ausência de defeito motor.

Disartria

A disartria é um defeito de articula-

ção. Darley⁵ descreveu a disartria como um grupo de perturbações da fala que resulta da falha no controlo motor – fraqueza, lentidão ou incoordenação – do mecanismo da fala, devido a lesão central e/ou periférica do sistema nervoso.

As características mais salientes da disartria incluem má inteligibilidade da fala, má qualidade da voz e hipernasalidade dependendo da localização da lesão. Todas diferem marcadamente da perturbação geral da linguagem que caracteriza a afasia.

Os doentes disártricos escolhem correctamente as palavras que querem dizer, as frases são correctamente construídas, não têm defeitos de compreensão de leitura e escrevem sem erros.

CLASSIFICAÇÃO DAS AFIASIAS

Existem vários tipos de afasia, dependendo do defeito de linguagem encontrado (Quadro II). A classificação depende do desempenho do doente em quatro parâmetros fundamentais (fluência do discurso, nomeação de objectos, repetição de palavras e compreensão de ordens simples) que devem sempre ser testados.

QUADRO II

CLASSIFICAÇÃO DAS AFIASIAS

| TIPO DE AFIASIA | FLUÊNCIA | COMPREENSÃO | NOMEAÇÃO | REPETIÇÃO |
|-------------------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Global | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| Broca | Não fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| Transcortical mista | Não fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| Transcortical motora | Não fluente | Normal | Perturbada | Normal |
| Wernicke | Fluente | Perturbada | Perturbada | Perturbada |
| Condução | Fluente | Normal | Perturbada | Perturbada |
| Transcortical sensorial | Fluente | Perturbada | Perturbada | Normal |
| Anômica | Fluente | Normal | Perturbada | Normal |

As afasias classificam-se em não-fluentes e fluentes de acordo com as características do discurso⁶. Em geral, as afasias não fluentes correspondem a lesões cerebrais anteriores (frontais ou pré-rolândicas) e as afasias fluentes a lesões posteriores (temporo-parietais ou pós-rolândicas).

Passamos a descrever os quatro parâmetros que permitem classificar as afasias.

Análise do Discurso

A análise do discurso faz-se a partir da produção espontânea do doente (aquela que resulta de uma conversa entre duas pessoas). Para desencadear a produção de discurso pergunta-se ao doente dados da sua história clínica ou da sua biografia (por ex. porque é que veio à consulta? / como é que chegou até aqui? / em que é que trabalha?).

A forma mais fácil de distinguirmos os dois tipos de discurso é pensarmos que, se aquele doente fosse estrangeiro, por exemplo grego ou turco, se seria considerado um falante normal (discurso fluente) ou se, pelo contrário, o achávamos diferente, na forma de se exprimir, de outros seus conterrâneos (discurso não fluente).

O discurso diz-se «não fluente» se

o doente não consegue ou tem dificuldade em falar, o discurso é produzido com esforço, muito lentamente, e é constituído sobretudo por palavras (substantivos) isoladas ou frases curtas e com erros de gramática.

Dentro destes discursos podemos encontrar vários graus de defeito:

a) Mutismo – o doente não produz qualquer som, mas nota-se que quer comunicar (pelo olhar, pelos gestos, pela escrita).

b) Emissão de um estereotipo – sempre que tenta comunicar o doente produz a mesma palavra/som ou frase (ex. «amen», «tai-tai», «dente-doente-dentista», «começa é hoje mãe ali», «ó mai ti ó mai levu»...).

c) Produção de palavras ocasionalmente correctas – o doente consegue produzir algumas palavras correctas, sobretudo formas do discurso automático (ex. «ai Jesus», «vai-te embora»), palavras de conteúdo emocional e por vezes alguns nomes (substantivos).

d) Frases telegráficas – o discurso é reduzido aos seus elementos essenciais, constituído por palavras sem elementos de ligação ou partículas gramaticais (preposições, pronomes, conjunções) e erros sintácticos, sobretudo incorrecta conjugação dos verbos (ex. «amanhã ir

cinema tarde amigos»).

e) Erros de articulação – este é o grau mais ligeiro do defeito e traduz-se pela substituição, omissão ou adição de alguns sons.

Por outro lado, o discurso classifica-se como «fluente» quando é produzido sem esforço, as frases são de comprimento normal e o débito (número de palavras por unidade de tempo), a melodia e o ritmo são normais, ou seja, se nos abstrairmos daquilo que o doente está a tentar dizer e atendermos apenas à forma do discurso, ele parece-nos normal.

Este tipo de discurso tem frequentemente pouco conteúdo informativo devido à falta de nomes (substantivos), ao uso de palavras incorrectas (parafasias) e aos circunlóquios.

Dentro dos discursos fluentes podemos encontrar vários tipos:

a) Discurso jargonafásico ou jargão – caracteriza-se pela emissão de neologismos (palavras que não fazem parte da língua portuguesa nem de qualquer outra língua, ex.: gasteineiro, chominó ...) ou de parafasias semânticas (troca de palavras por outras que também existem, ex.: vidro por frasco ou mão por pé), e apesar de manter todas as características físicas da língua (prosódia, entoação, melodia, articulação) é incompreensível.

Alguns doentes com este tipo de discurso são muitas vezes confundidos com doentes confusos ou psiquiátricos (daí a importância de saber avaliar sumariamente uma afasia).

b) Discurso com predomínio de parafasias – o doente usa com muita frequência parafasias, embora um ouvinte atento consiga perceber alguma coisa do que ele quer dizer. As parafasias podem ser verbais ou semânticas, quando se troca um nome por outro (ex. anel por relógio ou faca por camisa); literais ou fonológi-

QUADRO III

CARACTERÍSTICAS DO DISCURSO ESPONTÂNEO NA AFASIA

| Características do Discurso | Afasia não fluente | Afasia fluente |
|-----------------------------|----------------------|----------------|
| Débito | baixo (- de 50 ppm*) | normal |
| Esforço | aumentado | normal |
| Articulação | perturbada | normal |
| Prosódia | alterada | normal |
| Conteúdo | excesso de nomes | falta de nomes |
| Ocorrência de parafasias** | rara | frequente |

* palavras por minuto

** palavras incorrectas

cas, quando há transposição, omissão ou adição de sons (ex. xeipe por peixe ou muler por mulher ou batanata por batata) e ainda neologísticas quando não há qualquer semelhança com a palavra alvo (ex. gasteiro em vez de pescador).

1. Circunlóquio – para suprir a falta dos nomes o doente vai substituindo-os por outras palavras e rodeando o assunto utilizando para isso um número exagerado de palavras que, na maioria das vezes, o torna muito difícil de compreender.

2. Predomínio de pausas anómicadas – o doente recorre frequentemente a palavras como «coisa» ou «aquilo», ou descreve a função do objecto (ex.: aquela coisa, aquela que se usa para cortar). Faz pausas frequentes, à procura da palavra, e a expressão é entrecortada tornando-se quase não fluente. Quando o defeito é muito marcado é difícil compreender estes doentes.

3. Ocorrência de parafasias ou de pausas anómicadas – o doente faz alguns erros, mas é possível compreendê-lo.

Nomeação (de objectos por confrontação visual)

Todos os doentes com afasia fazem erros de nomeação – ou porque não evocam o nome ou porque fazem uma parafasia ou ainda, por haver um tempo de latência, até surgir o nome, muito superior ao normal. Este fenómeno (a anomia) pode ocorrer quer durante o discurso espontâneo quer quando pedimos especificamente ao doente para nos dizer o nome de objectos que lhe vamos mostrando.

Para testar a capacidade de nomeação podemos fazer uma prova muito simples que consiste em pedir ao doente que diga os nomes de alguns objectos, de uso comum, que habitualmente trazemos con-

nosco e que lhe mostramos, como uma caneta, uma moeda, óculos, chaves, um relógio...

Se o doente não conseguir nomear podemos dar-lhe uma pequena ajuda iniciando a palavra (ex. /ch/ quando lhe mostramos a chave) ou dizendo-lhe uma frase incompleta cujo final seja o nome pretendido (ex. fechei a porta à ...).

Devemos usar objectos suficientemente simples e conhecidos para que não haja qualquer dúvida em interpretar a dificuldade da nomeação. A anomia não tem que ser completa (100% errada ou 100% correcta), pode ser apenas parcial e pode ser expressa por uma fracção (ex.: nomeia correctamente 2 dos 5 objectos apresentados).

Repetição

A capacidade de repetição verbal é relativamente fácil de testar. Começa-se por pedir ao doente que repita palavras curtas e frequentes (casa, rato, bola, pêra, ponte), números (dois, quatro, cinquenta, setecentos, mil e dezanove), depois palavras mais compridas (futebol, autocarro, frigorífico, presidente, elevador) e por fim frases (hoje está sol / não deixes a chave na porta / o vento era muito forte e derrubou a árvore do jardim).

Alguns doentes tendem a repetir compulsivamente tudo o que o examinador diz; por exemplo, quando se lhe pergunta «Como é que se chama?», o doente responde repetindo a frase ou o seu final («se chama») – a este fenómeno chama-se ecolália e é frequente verificar-se nas Afasias Transcorticais.

Compreensão Auditiva Verbal

O método mais tradicional de testar a compreensão consiste em dar ordens ao doente para ele executar (ex. feche os olhos, aperte a minha mão)

ou fazer perguntas de resposta sim/não (ex. está a chover?/ a porta está fechada?). Deve ter-se um cuidado particular para não dar achegas ao doente; por exemplo, se pedimos para nos apertar a mão não devemos estender a mão ao doente ou se perguntamos se está a chover não devemos olhar para a janela.

Muitas vezes a resposta incorrecta a ordens verbais pode ser influenciada pela apraxia (incapacidade de realizar movimentos, por comando verbal, na ausência de defeito motor que a justifique), por isso, devemos estar atentos ao comportamento do doente. Por exemplo, se lhe pedimos que abra a boca ele pode esboçar um movimento desajustado, uma careta ou um sopro, devido à apraxia buco-facial, ou pode simplesmente não fazer nada ou fazer qualquer coisa que não tenha nada a ver com o que se lhe pediu.

É também frequente os doentes terem uma melhor compreensão do discurso coloquial do que de ordens. Muitas vezes quando se começa a falar com o doente ele parece perceber tudo o que estamos a dizer e dá respostas adequadas, mas depois quando lhe pedimos para executar uma ordem simples como «agarre a minha mão», ele não compreende. Por esta razão, alguns fisioterapeutas queixam-se de má colaboração dos doentes, quando afinal o defeito é de compreensão da linguagem. Dentro dum contexto, por exemplo se lhe estivermos a falar dos motivos que o trouxeram à consulta, há informação não verbal (a mímica, a entoação...) que o doente apreende e lhe facilita a compreensão, mas se, de repente, lhe pedimos que ponha a mão na orelha, o doente não compreende a ordem porque está fora do contexto «motivo que o trouxe ao centro de saúde».

Com a aplicação destas quatro

provas já é possível fazer o diagnóstico do tipo de afasia. Poder-se-á ainda, para complementar, fazer uma avaliação breve das capacidades de leitura e escrita, o que permitirá caracterizar melhor os defeitos.

Leitura

É fácil avaliar a capacidade de leitura. Numa folha de papel escrevem-se algumas palavras (por ex.: chave, moeda, caneta, relógio). Devemos utilizar letra maiúscula e bem legível. Devemos assegurar-nos que o doente não precisa de óculos para ler e depois pedimos que diga onde está cada uma das palavras escritas (por ex.: diga-me onde está escrito a palavra «caneta») ou mostramos-lhe o objecto correspondente à palavra escrita e pedimos para o doente dizer qual é palavra (ex.: diga-me qual destas palavras é o nome do objecto que eu tenho na mão). Se o doente consegue fazer isso pode-se dificultar a tarefa escrevendo perguntas sim/não («hoje é dia de Natal?», «os médicos usam bata?») ou ainda pedir que leia um cabeçalho de jornal.

A capacidade de ler alto e a capacidade de compreender o que está escrito deve ser testada separadamente. Muitos afásicos não-fluentes não conseguem ler alto, mas alguns compreendem o que está escrito; o oposto também pode acontecer, havendo afásicos fluentes que lêem bem alto e não compreendem nada ou muito pouco do que leram. Devemos, por isso, fazer sempre algumas perguntas em relação ao que o doente leu para sabermos se ele compreendeu (ex.: se o doente leu a frase «O primeiro ministro anunciou que os combustíveis vão aumentar no próximo mês de Janeiro» podemos perguntar-lhe: o que é que vai aumentar / quando é que vão aumentar ou quem disse que os com-

bustíveis iam aumentar.)

Só a incapacidade para compreender o que está escrito é alexia.

Escrita

Para avaliar esta capacidade pede-se ao doente que escreva o nome, o que muitos afásicos conseguem fazer pois é quase uma actividade automática. Depois pede-se que escreva algumas palavras por ditado (ex.: carro, frasco, garrafa, bombeiro). Se o doente tiver sucesso nessa tarefa pede-se que escreva uma frase por ditado (ex.: comi peixe com batatas ao almoço) e, por fim, que escreva espontaneamente uma frase.

Há doentes que conseguem escrever bem palavras por ditado, mas que evidenciam dificuldades na escrita de frases (por ditado) e sobretudo na escrita espontânea.

Além das quatro provas mencionadas fazem também parte da bateria de testes do Laboratório de Estudos de Linguagem: a escala de gravidade da bateria WAB⁷; a caracterização do discurso coloquial; a avaliação do discurso automático e linguagem serial; identificação de objectos; nomeação de categorias semânticas; emparelamento palavra-objecto; Token Test; repetição de palavras, de pseudopalavras, de frases e séries de dígitos; leitura alto e identificação de letras e de palavras; compreensão de leitura de texto; escrita por cópia, por ditado e espontânea; testes de praxias bucofacial, dos membros, para gestos simbólicos e para uso de objectos; estudo das praxias construtivas bi e tridimensional e um teste de reconhecimento de gestos.

CONCLUSÃO

Para um profissional com experiência não é difícil nem demorado fazer

esta avaliação; contudo, mesmo pessoas pouco treinadas, embora possam demorar mais algum tempo, também a conseguem fazer. Sugere-mos, no entanto, que após um teste breve seja dada indicação de que o doente deve fazer uma avaliação mais formal.

Numa avaliação tão sumária, como aqui sugerimos, é muito difícil classificar correctamente o tipo de afasia, mas isso não é o mais importante. O fundamental é que, num curto espaço de tempo, o médico que avaliou o doente saiba distinguir se o doente tem um defeito de linguagem (afasia), ou um defeito de articulação (disartria), se tem apenas um discurso confabulatório (síndrome confusional), ou alteração do pensamento (esquizofrenia) para que possa dar a indicação correcta ao doente ou à família onde fazer uma avaliação mais completa.

Quanto mais cedo for feita a avaliação e a orientação terapêutica dos doentes afásicos maiores hipóteses eles terão de recuperar.

Todos os afásicos, qualquer que seja o tipo de afasia que apresentem, podem ser submetidos a um programa de terapia da fala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayles KA, Tomoeda CK, Caffrey JT. Language and dementia producing diseases. *Commun Dis: J Cont Educ* 1982 Aug; 7: 131-46.
2. Myers PS. Right hemisphere impairment. In: Holland AL, editor. *Language Disorders in Adults: Recent Advances*. San Diego: College-Hill Press; 1984. p.177-208.
3. Benson DF. Disorders of verbal expression. In: Benson DF, Blumer D, editors. *Psychiatric aspects of neurologic disease*. New York: Grune & Stratton; 1975. p.121-137.
4. Kent RD, Rosenbek JC. Acoustic patterns of apraxia of speech. *J Speech*

Hear Res 1983 Apr; 26: 231-249.

5. Darley FL, Aronson AE, Brown JR. Motor Speech Disorders. Philadelphia: W. B. Saunders; 1975.

6. Castro Caldas A. A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano. Lisboa: McGraw Hill; 1999.

7. Kertesz A. Western Aphasia Battery. New York: Grune & Stratton; 1982.

Agradecimentos:

Agradece-se aos Dra. Marta Gonçalves, Dra. Susana Silva, Dr. José Pedro Boléo-Tomé e Dr. Miguel Coelho pelas sugestões na redacção deste manuscrito.

Endereço 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
Telef/Fax: 217 934 480
E-mail: labling@fm.ul.pt

Recebido para publicação em: 18/02/05

Aceite para publicação em: 03/08/05

ABSTRACT

Language is a complex process, which depends on multiple structures of brain's left hemisphere, the dominant one for language in the right-handed and in the majority of the left-handed individuals.

Aphasia is a disturbance of language resulting from a brain injury that compromise several aspects of communication, including oral expression, understanding of language, reading and writing. The type of aphasia depends on the location of the injury in the brain.

Aphasia is a frequent sequel from stroke, head trauma and, in less common cases, brain tumours and infections.

The authors describe a standard method for the evaluation of language that can be used at the bedside or in the family doctor's consultation. This evaluation consists of four cardinal tests that allow diagnosing the type of aphasia: fluency, nomination, repetition and understanding of simple orders. Beyond these, other reading and writing tests allow a better characterization of the found disturbances.