

CURSO DE LICENCIATURA EM TERAPIA DA FALA LINGUAGEM NO ADULTO I

RECURSO PEDAGÓGICO – AFASIAS CORTICAIS:
ETIOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

Responsável da Unidade Curricular: Elsa Marta Soares

elsa.soares@ipleiria.pt

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. Afasias	3
1.1. O que é a Afasia?.....	3
1.2. Etiologia da Afasia	5
1.2.1. Doenças Vasculares.....	5
1.2.2. Traumatismo Crânio-Encefálico	6
1.2.3. Tumores.....	6
1.2.4. Infecções	7
1.2.5. Doenças Neurodegenerativas	7
1.3. Classificação das Afasias.....	7
1.4. Caracterização das afasias.....	9
1.4.1. Afasias Corticais.....	9
Quiz de sistematização de conhecimentos	23
Referências Bibliográficas	27

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Licenciatura em Terapia da Fala da Escola Superior de Politécnico de Leiria este recurso pedagógico visa suportar o Estudante no desenvolvimento do seu conhecimento na Unidade Curricular de Linguagem no Adulto I. Esta Unidade Curricular reveste-se de especial importância na formação do estudante, futuro Terapeuta da Fala uma vez que o enquadra na prática profissional com Pessoas com Perturbações Adquiridas da Linguagem. Permite o desenvolvimento de raciocínio clínico essencial no domínio da identificação, avaliação e análise das alterações da linguagem no adulto

O recurso pedagógico que aqui se apresenta tem como base o Programa desta Unidade Curricular e, como tal, desenvolve-se em torno das competências gerais, específicas e transversais que se pretendem desenvolver ao longo da sua dinamização.

Desta forma, em relação às **competências gerais** a adquirir nesta Unidade Curricular pretende-se que o Estudante seja capaz de:

- G1. Conhecer as Perturbações Adquiridas(PA) na Linguagem do Adulto
- G2. Compreender o processo de avaliação da PA da Linguagem
- G3. Aplicar o conhecimento no processo de avaliação das Pessoas com PA da Linguagem

Em relação às **competências específicas** pretende-se que o Estudante seja capaz de:

- E1. Demonstrar as relações entre o conhecimento anatómico e as implicações das lesões neurológicas
- E2. Elaborar histórias compreensivas com protocolos adequados ao caso clínico
- E3. Realizar avaliações em Terapia da Fala, com os instrumentos de avaliação adequados ao caso clínico
- E4. Analisar os resultados das avaliações na perspetiva clínico-funcional
- E5. Demonstrar capacidade de discussão, em equipa, acerca da avaliação funcional

E6. Diagnosticar as perturbações da linguagem adquiridas no adulto: diagnóstico sindromático vs diagnóstico funcional

E7. Elaborar relatórios da avaliação efetuada em Terapia da Fala e/ou em equipa interdisciplinar.

Neste recurso pedagógico explora-se, de forma específica, o conhecimento relacionado com o Objetivo Geral 1. Conhecer as perturbações adquiridas na linguagem do adulto e com o Objetivo Específico 1. Demonstrar as relações entre o conhecimento anatómico e as implicações das lesões neurológicas.

Desta forma, após a exploração deste recurso pretende-se que o Estudante seja capaz de:

- ✓ Compreender e definir a afasia
- ✓ Classificar os tipos de afasia
- ✓ Referir as lesões cerebrais que podem causar afasia
- ✓ Caracterizar linguisticamente as afasias

1. Afasias

1.1. O que é a Afasia?

Segundo a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020) a Afasia é uma perturbação adquirida da linguagem, resultante de uma lesão neurológica focal no hemisfério dominante para a linguagem. O conceito de afasia obedece a quatro aspetos: ter causa neurogénica, ser adquirida, envolver perturbações na linguagem e não ter como causa problemas sensoriais ou intelectuais. Caracteriza-se por uma perturbação multimodal na interpretação e formulação de símbolos linguísticos, comprometendo a compreensão e a expressão do material verbal oral e escrito. Estas perturbações têm um impacto negativo substancial na qualidade de vida da pessoa com afasia e nos seus familiares, limitando a sua capacidade de comunicar e de interagir socialmente. (pp.23)

Segundo a American Speech-Language-Hearing Association (2019), a afasia é uma perturbação adquirida neurogénica da linguagem que resulta de uma lesão cerebral que ocorre mais tipicamente no hemisfério esquerdo. A afasia envolve diferentes graus de perturbação em quatro áreas:

Linguagem expressiva;

Linguagem compreensiva

Linguagem escrita

Leitura

Dependendo do conjunto específico de sintomas, a perturbação pode resultar na falta de capacidade de usar a comunicação como uma ferramenta de participação nas diferentes áreas da vida.

Na maioria das vezes, a pessoa com afasia apresenta as competências cognitivas relativamente preservadas, tais como memória e função executiva embora estes e outros défices cognitivos possam coocorrer com a afasia.

O prognóstico em relação à afasia varia, de forma significativa, de pessoa para pessoa. O indicador mais preditivo de recuperação a longo prazo é a severidade inicial da afasia, assim como o local e extensão da lesão.

ATIVIDADE PRÁTICA



No sentido de compreender melhor o impacto que uma lesão neurológica pode ter a nível da linguagem, convida-se o estudante a ver os vídeos:

- Alila Medical Media. (2018). Language Pathways and Aphasia [vídeo youtube]. Retirado de <https://youtu.be/DwVfCjblJQI>

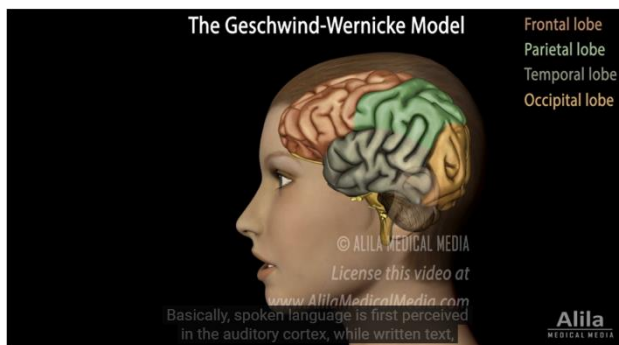


Figura 1. Vídeo Language Pathways and Aphasia

- Khan Academy Medicine. (2013). Language and the brain and split brain patients [vídeo youtube]. Retirado de <https://youtu.be/lBqShvm4QRA>

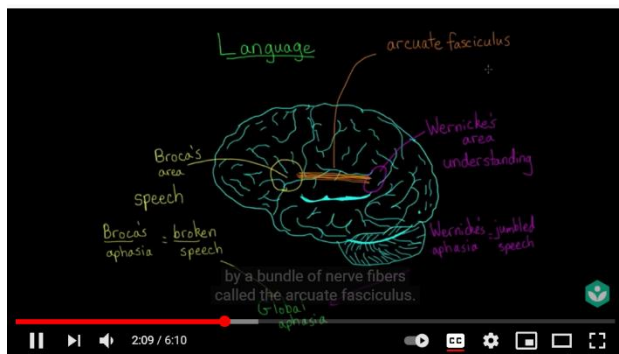


Figura 2. Vídeo Language and the Brain: Aphasia and split brain patients



Para uma melhor compreensão de toda a informação que é aqui exposta, convidam-se os estudantes a explorar a plataforma: <https://www.brainfacts.org/3d-brain#intro=true>

1.2. Etiologia da Afasia

ATIVIDADE PRÁTICA

- 💡 Considerando seu conhecimento sobre o Sistema Nervoso Central e percebendo que lesões a este nível podem ter repercussões a nível da comunicação e/ou da linguagem, reflita acerca das possíveis causas de lesão cerebral que se podem repercutir no diagnóstico de afasia.

De facto, qualquer situação atípica que afete as áreas cerebrais envolvidas na linguagem pode causar afasia. Os sintomas específicos manifestados pela pessoa vão depender da área cerebral que foi afetada.

1.2.1. Doenças Vasculares

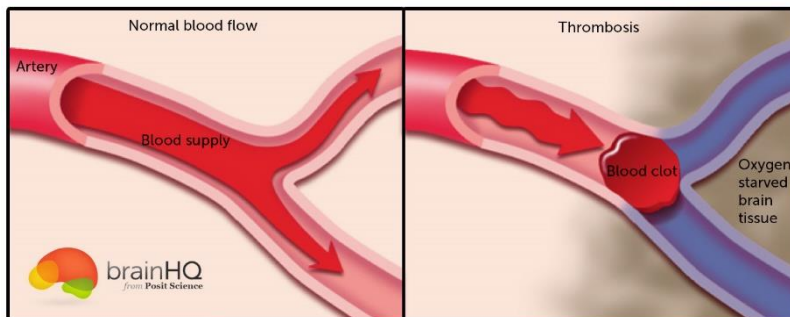
Cerca de 1/3 de pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral são diagnosticadas com afasia. Um acidente vascular cerebral é uma disrupção no normal funcionamento cerebral devido a uma condição patológica dos vasos sanguíneos: paredes dos vasos sanguíneos; acumulação de matéria; mudanças na permeabilidade ou rutura. Portanto, um acidente vascular cerebral pode ser causado por uma oclusão (trombo ou êmbolo) que impede a circulação sanguínea ou por uma rutura de um vaso sanguíneo. Resultando daqui o AVC isquémico e o AVC hemorrágico, respetivamente.

Os fatores de risco relacionados com o Acidente Vascular cerebral são: hipertensão, idade, doença cardiovascular, diabetes, obesidade e hábitos tabágicos.

Na figura 3 pode observar-se a relação entre a artéria cerebral lesada e a potencial repercussão em termos de afasia.

Vascular territory	Type of aphasia
Main trunk of the left middle cerebral artery	Global aphasia
Orbitofrontal, pre-rolandic	Broca aphasia
Rolandic	Dysarthria
Parietal anterior	Conduction aphasia
Posterior parietal, angular	Sensory extrasylvian
Temporal	Wernicke aphasia
Lenticulostriate	Dysarthria, subcortical aphasia
Anterior cerebral artery	Aphasia of the supplementary motor area
Posterior cerebral artery	Alexia w/o agraphia

Figura 3. Relação entre área lesada e afasia. Retirado de Ardila (2014) pp 33



1.2.2. Traumatismo Crânio-Encefálico

Pode-se verificar um traumatismo crânio-encefálico quando o cérebro é, por exemplo, atingido por um objeto, quando existe uma queda, um acidente de viação. Os sintomas do traumatismo crânio-encefálico podem ser ligeiros, moderados ou severos, dependendo da extensão da lesão (Ardila, 2014).

Os sintomas de um TCA podem ser perda de consciência, dor de cabeça, tonturas, confusão, visão turva, cansaço, letargia, alterações do comportamento, dificuldade nas funções executivas, memória e atenção (Ardila, 2014).

Os traumatismos cranianos podem ter diferentes efeitos sobre o cérebro: 1) lesão direta sobre o cérebro; 2) alteração na irrigação sanguínea; 3) hemorragias e hematomas; 4) edema cerebral 5) é possível uma infeção subsequente; 6) pode originar um foco epilético (Ardila, 2014). Desta forma, podem ser várias as consequências de um TCE e podem incluir sequelas cognitivas e comportamentais tal como afeções na memória, comportamento, afasia para além das potenciais sequelas motoras (parésia, disartria) e sensoriais. O TCE pode causar, então, lesões primárias que decorrem do impacto da lesão no cérebro e as lesões secundárias que se relacionam com a resposta do cérebro à lesão (edema, hipoxia, hipotensão) (Ardila, 2014).

A nível clínico e com o intuito de se avaliar a gravidade do TCE recorre-se, normalmente, à Escala de Glasgow que avalia três tipos de resposta: melhor resposta na abertura dos olhos, melhor resposta motora e melhor resposta verbal. A cotação mais alta é de 15 e a cotação mais baixa é de 3. Uma cotação superior a 13 representa um TCE ligeiro e uma cotação inferior a 8 indica um TCE mais grave. Uma cotação entre 9 e 13 representa um TCE moderado (Ardila, 2014).

1.2.3. Tumores

Os tumores cerebrais primários e os tumores cerebrais secundários (que resultam de metástases) podem causar afasia. Os sintomas manifestados são variáveis. Os tumores cerebrais

são classificados de acordo com a sua localização, o tipo de tecido envolvido, tendência benigna ou maligna do tumor e outros fatores (Ardila, 2014).

1.2.4. Infecções

As infecções podem afetar o tecido cerebral porque interferem com a irrigação sanguínea e alteram a capacidade metabólica das células, com as características da membrana celular, alterando as suas propriedades elétricas. As infecções no sistema nervoso central são normalmente secundárias a outras infecções corporais (Ardila, 2014).

1.2.5. Doenças Neurodegenerativas

As doenças neurodegenerativas são aquelas nas quais a função ou estrutura de certos tecidos ou órgãos se deterioram de forma progressiva ao longo do tempo. Existem diversas doenças neurodegenerativas que afetam potencialmente o Sistema nervoso central e que podem causar afecções a nível da linguagem (Ardila, 2014).

1.3. Classificação das Afasias

Desde o primeiro relatório apresentado por Broca em 1863, surgiram mais de 20 formas diferentes de classificar a afasia sendo importante referir que para além destas classificações terem tido um papel fundamental na prática clínica e na investigação linguística, as diferenças entre classificações baseiam-se essencialmente na designação utilizada e não na caracterização da síndrome afásica. Na figura 3, retirada de Ardila (2010), pp 364, podem observar-se diferentes classificações da afasia.

Some recent classifications of aphasia syndromes

<i>Luria, 1966</i>	<i>Benson & Geschwind, 1971</i>	<i>Hécaen & Albert, 1978</i>	<i>Kertesz, 1979</i>	<i>Benson, 1979</i>	<i>Lecours et al., 1983</i>
Efferent motor	Broca's	Agrammatic	Broca's	Broca's	Broca's
Sensory	Wernicke's	Sensory	Wernicke's	Wernicke's	Wernicke's type I
Afferent motor	Conduction	Conduction	Conduction	Conduction	Conduction
Dynamic	Transcortical motor	Transcortical motor	Transcortical motor	Transcortical motor	Aspontaneity
—	Transcortical Sensory	Transcortical Sensory	Transcortical Sensory	Transcortical Sensory	Wernicke's type II
—	Isolation language area	—	Isolation	Transcortical mixed	—
Semantic Amnesic	Anomic	Amnesic	Anomic	Anomic	Amnesic
—	Global	—	Global	Global	—
—	Aphemia	Pure motor	—	Aphemia	Pure anarthria

Note. There are two popular aphasia tests that also include an aphasia classification: the Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia (Schuell, 1953, 1973); and Aachen Aphasia Test (Huber, Poeck, Willmes, 1984; Willmes & Ratajczak, 1962).

Figura 4. Diferentes classificações da Afasia. Retirado de Ardila (2010), pp364

A classificação do grupo de Boston de (de Geschwind, Benson, Alexander, Goodglass, Kaplan, et al.) e a interpretação de Lúria foram as duas classificações da afasia com mais impacto (Ardila, 2010). A classificação do grupo de Boston desenvolveu-se a partir das perspectivas de Wernicke e são incluídas duas distinções básicas: 1) as afasias podem ser fluentes ou não fluentes e 2) as afasias podem ser corticais, subcorticais ou subcorticais. A afasia de condução é também introduzida no sentido de se ter em consideração as perturbações da linguagem ao nível da repetição (Ardila, 2010).

Considerando o impacto clínico e científico da classificação do Grupo de Boston e a prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal, na Unidade Curricular de Linguagem no Adulto a classificação das afasias será baseada na referida classificação (Ardila, 2010).

Para a classificação das afasias, o Terapeuta da Fala recorre a provas de avaliação formal e validadas para o Português Europeu que permitam aferir sobre a nomeação, a fluência do discurso, a compreensão e a repetição. Uma característica comum a todas as afasias é a afeção da nomeação.

1.4. Caracterização das afasias

1.4.1. Afasias Corticais

1.4.1.1. Afasia Anómica

Anomia – dificuldade em encontrar uma palavra em tarefas de nomeação por confronto e no discurso espontâneo – sintoma comum a todos os tipos de afasia.

A afasia anómica é um tipo de afasia em que a Pessoa tem poucas dificuldades a nível da compreensão e da expressão. O discurso espontâneo é produzido facilmente e fluentemente embora algumas vezes haja um vazio resultante da falta de substantivos.

No discurso podem estar patentes muitos circunlóquios como estratégia de substituição de palavras específicas (nomes). Desta forma, o discurso das pessoas com Afasia Anómica é descrito como um discurso vago.

O grau de dificuldade de nomeação varia amplamente de caso para caso e algumas destas pessoas mostram só um problema ligeiro a nível da nomeação através de tarefas de confrontação, enquanto noutras a nomeação está severamente perturbada.

As pessoas com afasia anómica têm boas capacidades de repetição e competências quase normais a nível da compreensão da fala e da escrita;

A capacidade de lerem em voz alta também está relativamente preservada nestes casos.

A escrita está normal em alguns casos e perturbada noutros.

A Afasia Anómica é, por vezes, o resultado da recuperação de outras síndromes afásicas como a Afasia de Werniche ou a afasia de Condução.

As afeções neurológicas associadas variam de forma vasta neste tipo de afasia.

A Afasia Anómica é referida como uma afasia não localizável uma vez que a lesão não pode ser prontamente localizada numa área cortical específica.

Discurso fluente com circunlóquios;

Anomia nas tarefas de confrontação e no discurso espontâneo;

Raras parafasias fonémicas e verbais;

Compreensão auditiva de material verbal e repetição preservadas;

Leitura, escrita e cálculo com ligeiras a moderadas alterações.






A afasia anómica (também designada por alguns autores como afasia amnésica ou nominal (normalmente devido a lesão na área de Broadman 37) por ser interpretada como um subtipo de afasia de Wernicke na qual as associações semânticas das palavras estão gravemente afetadas (Ardila, 2014).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020), *a afasia anómica é uma perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso fluente, com ocorrência de pausas anómicas. Dificuldades de evocação, circunlóquios e recurso frequente a termos de designação genérica (e.g. coisa). A capacidade de nomeação encontra-se perturbada, a repetição preservada, bem como a compreensão auditiva de material verbal oral simples. As capacidades de leitura e de escrita apresenta ligeiras perturbações. Encontra-se associada a lesões neurológicas variáveis, frequentemente ao nível da junção parieto-temporal posterior (pp 23).*

1.4.1.2. Afasia de Broca

Uma mulher Japonesa de 80 anos apresentou um Quadro súbito de perturbação da fala e confusão. Estava a andar de bicicleta quando, de repente, se sentiu mal e percebeu conseqüentemente que não conseguia encontrar palavras para expressar os seus pensamentos. Um transeunte encontrou-a sentada no chão, sem encontrar palavras e parecia confusa. No exame, estava alerta, parecia muito ansiosa, frustrada e confusa. Foi levada de urgência. Não estava orientada no tempo e no espaço. Falava de forma hesitante e não fluente, parecia não ser capaz de encontrar as palavras para responder ao médico. Demonstrou dificuldades na repetição e na compreensão de perguntas de sintaxe complexa. Toda a restante avaliação neurológica foi normal. (adaptado de Watari, Shimizu & Tokuda, 2014).

ATIVIDADE PRÁTICA

-  Será que existe um tipo específico de sintomas associado à Afasia de Broca?
-  Será que o quadro de Afasia de Broca é sempre o mesmo em todas as Pessoas?
-  Será que quando diagnosticamos um quadro de afasia de Broca a única área afetada é a área de Broca?
-  Pensando no mapa de Brodmann, qual são as áreas especificamente associadas à afasia de Broca?
-  Será que as evoluções imagiológicas permitiram perceber qual ou quais as áreas efetivamente lesadas numa afasia de Broca?

A área de Broca corresponde ao terceiro gyrus frontal e corresponde às áreas de Brodmann BA44 e provavelmente BA45 também.

Na afasia de Broca a fala é não fluente e a compreensão da linguagem é relativamente normal. A repetição está afetada.

As dificuldades motoras são evidentes na maioria das pessoas com afasia de Broca. A hemiparésia direita, mais distal (mão) do que proximal (ombro) é normalmente encontrada. A hemiparesia varia em severidade, mas frequentemente é uma hemiplegia. A hemiparesia é observada no braço direito e na face mas é mais ligeira no membro inferior direito. Devido à

afeção motora, é frequente observar-se disartria. Se a lesão for extensa de forma a afetar o lobo parietal, podem encontrar-se perturbações somatossensoriais tais como hipostesia no hemicorpo.

As pessoas com afasia de Broca demonstram dificuldade na combinação dos elementos linguísticos. As competências gramaticais encontram-se gravemente afetadas e só conseguem produzir e compreender palavras isoladas com significado. As palavras que têm unicamente função gramatical (tal como artigos e preposição) tendem a ser omitidos. As pessoas com afasia de Broca têm tendência a utilizar frases muito curtas, essencialmente palavras de conteúdo. Nos casos mais graves as pessoas com afasia de Broca tendem a usar unicamente frases muito curtas. O défice gramatical +e conhecido como agramatismo. De facto, as pessoas com afasia de Broca podem ter dificuldade em compreender frases cujo significado depende da relação entre as palavras.

(Ardila, Bernal, Rosselli, 2016)

Características linguísticas da Afasia de Broca:

- Fala não fluente;
- Articulação afetada/imprecisa – pode conferir um “sotaque estrangeiro” à fala;
- Discurso produzido com esforço;
- Compreensão da linguagem relativamente preservada/normal;
- Conseguem produzir e compreender palavras de conteúdo;
- Palavras com função gramatical exclusiva – tendem a ser omitidas;
- Tendem a usar frases curtas contendo maioritariamente palavras significativas;
- Casos severos: frases constituídas por uma palavra apenas;
- Este distúrbio no uso da gramática: agramatismo;
- Este agramatismo também pode ser encontrado na compreensão – por isso têm dificuldade em compreender significados que dependem da sintaxe (ex: o cão foi mordido pelo gato. Quem foi mordido? O cão ou o gato?)
- Exemplo de agramatismo na Afasia de Broca: “Ah...Segunda... ah, pai e eu... hospital.. Dois... ah... médicos... ah... 30 minutos... e sim.. Hospital”

- Repetição afetada (por apraxia do discurso)
- Maior parte das Pessoas com afasia de Broca: dificuldades motoras; hemiparesia varia em severidade, mas normalmente é uma hemiplegia;
- Devido à afeção motora, quase sempre está presente: disartria;
- Dependendo da extensão da lesão no lobo parietal: podem ser encontradas alterações somatossensoriais – exemplo: hipostesia do hemicorpo;
- **Estereótipos** – expressão restrita repetidamente usada pela Pessoa como se fosse a única forma linguística disponível e estão frequentemente presentes (ex: no caso descrito por Broca em 1863 a Pessoa com afasia utilizava a palavra estereotipada “tan” para se expressar – era, portanto, uma expressão que utilizava sempre que tentava falar;
- Os estereótipos podem ser curtos (ex: tan), podem ser compridos (ex: “chivloaniss”); podem ter significado (ex:” palha”) ou sem qualquer significado (ex “eto”).
- Os estereótipos também podem ser “asneiras”;
- Muitas vezes a afasia de Broca surge associada à apraxia do discurso;
- As Pessoas com afasia de Broca podem ter grandes dificuldades na produção de certos sons (ex: fricativas e sílabas complexas (c-c-v))
- Difícil ler em voz alta: não fluente; apraxia do discurso; agramatismo; paralexias literais
- A compreensão leitora pode estar significativamente do que ler em voz alta
- Na escrita: pode encontrar-se agramatismo.

Ardila (2014), Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020)

1.4.1.3. Afasia de Wernicke

O discurso de uma pessoa com afasia de Wernicke perante a questão: O que gosta de cozinhar?

Eu eu não sei se existe uma única forma, há tantas coisas, sabes, que eu gosto. Eu gosto de carnes, já gostei de bife, os Alemães, tu sabes, e o quê, bem o Francês tu quitas o todo, não me consigo lebrar da palavra, isso não consigo sizer. Foi a_ onde tu fazes a comida, tu fazes a comida todo o dia e continuas até ao dia a seguir. Com o Francês; tu sabes, uh, qual é o nome da palavra, oh Deus, a serpita pública de que eles falam, ah mas eu tive isso, foi ridmino, mesmo antes do armazém que conheces, sete semanas, eu tive amigos pessoas que que, eu iria cozinhar uma comida a comida e servila fur quatro ou seis em média por noite. (adaptado de Ardila 2014, pp 62)

Uma lesão na área de Wernicke pode conduzir à afasia de Wernicke. A área de Wernicke corresponde a uma área de associação auditiva do hemisfério esquerdo. Não existe consenso sobre quais são os limites exatos da área de Wernicke. A área auditiva primária corresponde à Área de Brodmann (BA) 41 e alguns autores também incluem a área BA42. Pode-se assumir que a área de Wernicke corresponde à área BA22, 21 e 37; normalmente a área BA39 também é incluída.

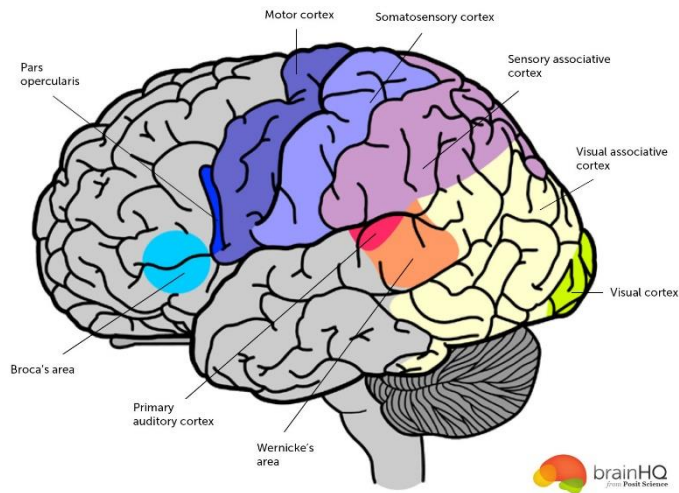
A Afasia de Wernicke é uma síndrome clínica com características bem definidas, mas com variabilidade significativa. Verifica-se:

- Afeção do repertório vocabular e dificuldades de compreensão;
- Podem existir dificuldades na discriminação da informação acústica da fala;
- Podem existir dificuldades na associação entre o léxico (palavras) e a semântica (significado);
- O déficit situa-se na fonologia e nas palavras;
- Dificuldade na seleção de palavras e de fonemas; a sintaxe está preservada e às vezes é mesmo usada em demasia;
- A fala é produzida sem esforço;
- Não é observada disartria;
- Fluência normal (frequentemente há um excesso de output linguístico);

- Às vezes: sílabas extra nas palavras e palavras a mais nas frases. Esta quantidade excessiva de linguagem sem significado claro: **logorreia**;
- Ausência relativa de palavras com significado: discurso vazio + excesso de output linguístico + uso excessivo de palavras gramaticais selecionadas incorretamente – **paragramatismo**;
- **Parafasias**: abundantes (fonológicas + verbais);
- Por vezes: **neologismos**;
- Quando a Pessoa apresenta output verbal abundante (até excessivo) que é difícil de compreender devido à quantidade excessiva de parafasias e neologismo e a ausência relativa de palavras significativas (nomes): **jargonofasia**;
- Os défices neurológicos associados são mínimos;
- Por vezes, quando a lesão se estende profundamente a Pessoa pode ficar com quadrantanópsia superior (perda de visão/cegueira em ¼ do campo visual);
- Se a lesão atingir o lobo parietal, pode verificar-se **apraxia ideomotora**;
- As dificuldades de compreensão podem variar dependendo dos contextos;
- Quando são usadas frases curtas e simples: mais facilidade na compreensão;
- No início da conversa a Pessoa pode demonstrar muitas dificuldades; mas depois a compreensão vai aumentando (durante pouco tempo – 10 a 15 minutos) mas depois volta a diminuir (fenómeno de fadiga);
- Se se modifica o tópico de conversação: a compreensão diminui;
- Capacidade de leitura: pode estar afetada;
- Escrita pode conter parafasias e neologismos.

Ardila (2014), Goodglass et al., cited in Caspari, 2005 citado em Fonseca et al. (2018)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020) “a Afasia de Wernicke é uma perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso fluente verborreico, com baixo conteúdo informativo, podendo ser maioritariamente composto por neologismos (jargão). A capacidade de nomeação e repetição encontram-se alteradas e a compreensão auditiva de material verbal simples gravemente perturbada, bem como a leitura e a escrita. Pode dividir-se em tipo I e tipo II, dependendo do desempenho em tarefas linguísticas. Na afasia de Wernicke tipo I a compreensão de leitura encontra-se mais bem preservada do que a compreensão auditiva de material verbal oral, enquanto no tipo II se verifica o contrário. A pessoa com afasia de Wernicke frequentemente apresenta anosognosia” (pp 24).



ATIVIDADE PRÁTICA

- 💡 Com base no conhecimento adquirido, descreva as características linguísticas do discurso transcrito e justifique o porquê de se considerar um discurso fluente.

1.4.1.4. Afasia de Condução

A afasia de condução é uma “perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso fluente, com dificuldades de evocação e a ocorrência de parafasias semânticas e fonológicas que a pessoa deteta e tenta autocorrigir, realizando condutas de aproximação. A capacidades de nomeação e repetição encontram-se alteradas e a compreensão auditiva de material verbal oral simples é mantida. A compreensão da leitura apresenta ligeiras alterações. O desempenho na escrita espontânea é melhor do que na escrita por ditado. Encontra-se associada a lesões neurológicas ao nível da circunvolução supramarginal e do feixe arqueado.” (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020, pp24).

A afasia de condução era interpretada inicialmente como uma desconexão entre o gyrus temporal superior (área de Wernicke e o gyrus frontal inferior (área de Broca) e verifica-se:

- Linguagem conversacional fluente;
- Compreensão quase normal;
- Afeções significativas na repetição;
- Afeção da nomeação;

- Afeção da leitura;
- Dificuldade de escrita variáveis (agrafia apráxica);
- Apraxia ideomotora;
- Afeções neurológicas adicionais: hemiparesia ligeira (frequente no início da afasia mas tende a desaparecer a menos que o dano atinja também o lobo frontal);
- Articulação normalmente normal;
- Pode haver hipostesia;
- Poder surgir apraxia ideomotora;
- Parafasias fonológicas;
- Parafasias verbais;
- Leitura em voz alta: afetado;
- Compreensão leitora: próximo do normal
- Na escrita podem surgir: parafasias literais;
- Se houver lesão extensa do lobo parietal: apraxia para a escrita



O fascículo arqueado fica invariavelmente afetado nos casos de afasia de condução?

A tratografia demonstra que o fascículo arqueado conecta o lobo temporal posterior com BA6 (área pré motora) e BA4 (área motora primária), não com a área BA44. Estas informações indicam que o **fascículo arqueado não é necessário para a repetição, mas pode ter um papel determinante.**

1.4.1.5. Afasia Transcortical

No que concerne à afasia transcortical importa explorar a competência da repetição.

A capacidade para repetir representa um dos elementos importantes na classificação da afasia. Diferentes grupos de pessoas com afasia podem ser identificados de acordo com as competências de repetição.

Capacidade de repetição preservada: Afasias Extrassilvicas (transcorticais);

Capacidade de repetição afetada: Afasias Perissilvicas.

- A capacidade para repetir é um elemento major na classificação da afasia;

- Pessoas com afasia perissílvica têm a repetição afetada enquanto que as pessoas com afasia extrassílvica (transcortical) têm uma capacidade de repetição normal ou próxima da normal.
- Tem sido proposto que existem diferentes mecanismos subjacentes aos défices de repetição

1.4.1.5.1. Afasia Transcortical motora

A afasia transcortical motora é uma “perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso não fluente com dificuldades marcadas de iniciativa, presença de parafasias fonológicas e semânticas, erros sintáticos e perseveração. A capacidade de nomeação encontra-se alterada, a repetição de palavras mantida e a compreensão auditiva de material verbal simples preservada. Associada a lesão neurológica cortico-subcortical do opérculo frontal esquerdo.” (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020, pp. 26).

- Discurso não fluente;
- Boa compreensão;
- Boa repetição;
- Prosódia, articulação e morfologia preservadas;
- A Pessoa apresenta grandes latências na linguagem quando começa a falar ou quando responde a questões;
- A resposta às questões abertas é lentas e incompleta e a Pessoa tende a repetir as palavras presentes nas questões;
- A linguagem expressiva é limitada com alguma tendência para ecolalia e perseveração;
- Por vezes podem identificar-se parafasias;
- Este tipo de afasia poderia ser interpretado como uma perturbação ao nível pragmática
- Dependendo da extensão da lesão, pode existir alguma fraqueza muscular, mas muito frequentemente a força é normal e não se detetam defeitos articulatorios.
- Podem estar presentes reflexos primários patológicos;

- Pode ser interpretada como um defeito de função executiva que afeta essencialmente o uso da linguagem.
- A capacidade de gerar linguagem de forma ativa e apropriada parece estar afetada enquanto a fonologia, o léxico, a semântica e a morfologia estão preservadas.

Ardila (2014)

1.4.1.6. Afasia Transcortical Sensorial

A afasia transcortical sensorial é uma “perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso fluente com comprimento frásico e prosódia adequados. Apresenta parafasias e circunlóquios frequentes, discurso semanticamente vazio e ecolália. A capacidade de nomeação encontra-se alterada, a repetição de palavras mantida e a compreensão auditiva de material verbal oral simples alterada. Encontra-se associada a lesão neurológica envolvendo a junção parieto-occipito-temporal sem lesar o córtex auditivo primário.” (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020, pp26)

Na afasia transcortical sensorial:

- Repetição mantida;
- Linguagem conversacional fluente
- Número significativo de parafasias verbais e neologismos;
- Discurso vazio
- Semelhante a Wernicke só que neste caso: repetição preservada + ausência de perturbação da discriminação fonémica
- Alguns autores incluem também: *jargon* semântico
- Nomeação pobre
- Como a repetição está mantida, considera-se que o processamento fonológico está preservado, pelo menos parcialmente enquanto a informação léxico-semântica necessária para o significado das palavras está afetada
- Normalmente neste tipo de afasia: lesões posteriores relativamente extensas incluindo a junção temporo-parieto-occipital do He mantendo-se preservadas as áreas que circundam o córtex auditivo primário (BA37), o gyrus angular (BA39) ou a substância branca que subjaz estas regiões
- Damásio sugere que a área central afetada é a temporo-occipital (Ba37) com extensão variável ao lobo occipital e ao gyrus angular.

Ardila (2014)

1.4.1.7. Afasia transcortical mista

A afasia transcortical mista é uma “perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso não fluente, capacidade de nomeação alterada, repetição mantida e compreensão auditiva de material verbal simples alterada. Verifica-se uma tendência marcada para a ecolalia. Frequentemente associada a lesões neurológicas do território das artérias cerebrais anterior, média e posterior sem lesar as áreas de Broca, Wernicke e o feixe arqueado.” (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020), pp 26)

- Quadro de afasia pouco frequente e são referidos poucos casos na literatura;
- Nesta afasia a área de Broca e de Wernicke estão intactas, mas as áreas envolventes estão lesadas;
- Considera-se que a lesão nestas áreas de associação deixa a área de Broca e de Wernicke completamente isoladas do restante sistema linguístico, impedindo o discurso espontâneo e a compreensão da linguagem escrita e falada;
- Neste quadro de afasia pouco comum, a linguagem espontânea está ausente e a produção de fala está virtualmente limitada à repetição;
- Observa-se ecolalia frequentemente;
- Articulação preservada;
- Discurso automático relativamente preservado;
- A única competência linguística preservada é a repetição; a única diferença com a afasia global é a competência de repetição relativamente preservada.

Ardila (2014)

1.4.1.8. Afasia Global

A afasia global é uma “Perturbação adquirida da linguagem caracterizada pela presença de discurso não fluente, sendo frequente a ausência de discurso ou a produção de estereótipo verbal numa fase inicial, no entanto a linguagem automática poderá estar preservada. A capacidade de nomeação e repetição estão perturbadas, bem com a compreensão auditiva de material verbal simples. A leitura e a escrita encontram-se muito perturbadas. Frequentemente associada a apraxia bucofacial. Relacionada com lesões extensas na região peri-sílvica com possível envolvimento subcortical.” (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, pp 24)

Quando o ramo principal da artéria cerebral média esquerda fica afetado, pode resultar uma afasia global. A afasia global é uma afasia com implicações extensas na linguagem observada em casos nos que envolvem toda a área peri-sílvica do hemisfério esquerdo (área frontal, temporal e parietal).

A sua etiologia mais frequente é a oclusão do ramo major da artéria cerebral média do hemisfério esquerdo, mas também pode resultar de múltiplas lesões.

Pessoas com afasia global apresentam tanto défices de expressão como de compreensão.

Tipicamente, numa fase inicial a pessoa apresenta uma ausência de fala ou uma linguagem expressiva limitada a estereótipo. A hemiparesia direita é significativa. A compreensão de linguagem está seriamente afetada e pode estar limitada só a alguns comandos muito curtos.

Na afasia global:

- A repetição é impossível;
- Leitura e escrita severamente afetadas;
- Embora se possam observar melhorias durante os meses e anos seguintes. A recuperação da linguagem é ligeira;
- A compreensão da linguagem normalmente evolui e a pessoa normalmente torna-se capaz de compreender algumas palavras de alta frequência e expressões estereotipadas (ex: Adeus);
- Num número significativo de casos pode ser necessária a introdução de sistemas aumentativos de comunicação para compensar a perturbação severa.

Ardila (2014)



Sistematização do conhecimento...

Após a compreensão das características de cada uma das Afasias acima descritas, sistematiza-se, neste quadro, a informação acerca das competências que podem estar mantidas ou comprometidas.

TIPO DE AFASIA	NOMEAÇÃO	COMPREENSÃO	FLUÊNCIA DO DISCURSO	REPETIÇÃO
ANÔMICA	⊖	⊕	⊕	⊕
TRANSCORTICAL SENSORIAL	⊖	⊖	⊕	⊕
TRANSCORTICAL MOTORA	⊖	⊕	⊖	⊕
TRANSCORTICAL MISTA	⊖	⊖	⊖	⊕
CONDUÇÃO	⊖	⊕	⊕	⊖
BROCA	⊖	⊕	⊖	⊖
WERNICKE	⊖	⊖	⊕	⊖
GLOBAL	⊖	⊖	⊖	⊖

ATIVIDADE PRÁTICA

Quiz de sistematização de conhecimentos



Responda ao seguinte Quiz:

1. A afasia significa que a pessoa tem dificuldades em evocar palavras para a fala e pode ter algumas dificuldades de leitura, escrita e compreensão da linguagem falada. Verdadeira ou falsa?
2. A causa da afasia normalmente deve-se a um ataque cardíaco. Verdadeira ou falsa?
3. As pessoas que têm afasia vão ter sempre dificuldades de memória. Verdadeira ou falsa?
4. Uma pessoa com afasia pode não ter uma perturbação motora evidente. Verdadeira ou falsa?
5. Todas as pessoas com afasia têm sintomas similares e com a mesma severidade. Verdadeira ou falsa?
6. Em que tipo de afasia a pessoa tem melhor compreensão do que lhe é dito?
 - a) Afasia de Wernicke
 - b) Afasia de Broca
 - c) Afasia Global
7. Qual a parte do cérebro que tem que estar afetada numa afasia de Broca?
 - a) Lobo Temporal
 - b) Lobo Parietal
 - c) Lobo Frontal
 - d) Lobo Occipital
8. A afasia de Wernicke é não fluente. Verdadeiro ou falso?
9. A afasia Transcortical Motora difere da afasia de Broca
 - a) As pessoas com afasia de Broca conseguem repetir e as pessoas com afasia transcortical motora não conseguem

b) As pessoas com afasia transcortical motora conseguem repetir e as pessoas com afasia de Broca não consegue

c) As pessoas com afasia de Broca são fluentes e as pessoas com afasia transcortical motora são não fluentes

d) As pessoas com afasia de Broca têm lesões anteriores e as pessoas com afasia Transcortical Motora têm lesões posteriores

10. Uma pessoa com parafasia semântica irá dizer “cadeira” em vez de:

a) banco

b) carteira

c) chaleira

Quiz Adaptado da National Aphasia Association.

Soluções do Quiz:

1. A afasia significa que a pessoa tem dificuldades em evocar palavras para a fala e pode ter algumas dificuldades de leitura, escrita e compreensão da linguagem falada. **Verdadeiro:** A afasia é uma perturbação adquirida da comunicação que afeta a capacidade da pessoa para usar a linguagem.

2. A causa da afasia normalmente deve-se a um ataque cardíaco. **Falsa** – A causa mais frequente de afasia é o Acidente Vascular Cerebral. Também pode resultar de um traumatismo crânio-encefálico, tumor cerebral, infecção do sistema nervoso central, doença neurodegenerativa.

3. As pessoas que têm afasia vão ter sempre dificuldades de memória. **Falsa** – Apesar de a pessoa com afasia demonstrar dificuldades na nomeação e evocação de palavras, a memória dos acontecimentos pode manter-se preservada.

4. Uma pessoa com afasia pode não ter uma perturbação motora evidente. **Verdadeiro**

5. Todas as pessoas com afasia têm sintomas similares e com a mesma severidade. **Falso.** Há muitos tipos de afasia. Os sintomas podem variar consideravelmente. A gravidade da afasia pode variar de ligeira a severa.

6. Em que tipo de afasia a pessoa tem melhor compreensão do que lhe é dito?

a) Afasia de Wernicke

b) Afasia de Broca

c) Afasia Global

7. Qual a parte do cérebro que tem que estar afetada numa afasia de Broca?

a) Lobo Temporal

b) Lobo Parietal

c) Lobo Frontal

d) Lobo Occipital

8. A afasia de Wernicke é não fluente. Verdadeiro ou falso? **Falso.**

9. A afasia Transcortical Motora difere da afasia de Broca:

a) As pessoas com afasia de Broca conseguem repetir e as pessoas com afasia transcortical motora não conseguem

b) As pessoas com afasia transcortical motora conseguem repetir e as pessoas com afasia de Broca não consegue

c) As pessoas com afasia de Broca são fluentes e as pessoas com afasia transcortical motora são não fluentes

d) As pessoas com afasia de Broca têm lesões anteriores e s pessoas com afasia Transcortical Motora têm lesões posteriores

10. Uma pessoa com parafasia semântica irá dizer “cadeira” em vez de:

a) banco

b) carteira

c) chaleira

Referências Bibliográficas

American Speech-Language-Hearing Association (2019). Aphasia (Practice Portal). Retrieved julho, 1, 2020, from www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/.

Ardila A, Bernal B, Rosselli M. How Localized are Language Brain Areas? A Review of Brodmann Areas Involvement in Oral Language. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016 Feb;31(1):112-22. doi: 10.1093/arclin/acv081. Epub 2015 Dec 12. PMID: 26663825.

Ardila, A. (2014.) *Aphasia Handbook*. Florida International University. Retirado de: <https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/ardila-a-2014-aphasia-handbook-miami-fl-florida-international-university2.pdf>

Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes, *Aphasiology*, 24: 3, 363 — 394. DOI: 10.1080/02687030802553704.

Fonseca, J., Dias, A., Rofes, A., Ferreira, A., Carvalhal, A., Matos, A., ... Fonseca, J. (2018). *Afasia e comunicação após lesão cerebral*. Lisboa: Papa-Letras. (1a Edição)

Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020). *Dicionário terminológico de Terapia da Fala*. Papa-Letras: Lisboa.

Watari, T., Shimizu, T., Tokuda, Y. (2014). BMJ Case RepPublished online: doi:10.1136/bcr-2014-208214