

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA (PPGLIN)**

ANNA CLARA MOTA DUQUE

**INTERRELAÇÕES ENTRE SUJEITOS AFÁSICOS, LINGUAGEM E DIFERENTES
LESÕES CEREBRAIS**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
2015**

ANNA CLARA MOTA DUQUE

**INTERRELAÇÕES ENTRE SUJEITOS AFÁSICOS LINGUAGEM E DIFERENTES
LESÕES CEREBRAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGLin), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Linguística.

Área de Concentração: Linguística

Linha de Pesquisa: Aquisição e Patologias da Linguagem

Orientadora: Profa. Dra. Carla Salati Almeida Ghirello-Pires

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

2015

Duque, Anna Clara Mota.

D949i Interrelações entre sujeitos afásicos, linguagem e diferentes lesões cerebrais / Anna Clara Mota Duque, 2015.
91f. : Il; algumas col.

Orientador (a): Carla Salati Almeida Ghirello-Pires.
Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Vitória da Conquista, 2015.
Referências: f.86-88.

1. Afásicos – Linguagem. 2. Neurolinguística. 3. Linguagem – Patologias. I. Ghirello-Pires, Carla Salati Almeida. II. Universidade Estadual Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Linguística. III. T.

CDD: 616.8552

Catálogo na fonte: Elinei Carvalho Santana – CRB 5/1026
UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Interrelations between aphasic subjects, language and different brain lesions

Palavras-chave em inglês: Language. Aphasy. BrainInjury. Neurolinguistic.

Área de concentração: Linguística

Titulação: Mestre em Linguística

Banca examinadora: Profa. Dra. Carla Salati Almeida Ghirello-Pires (Presidente-Orientadora); Profa. Dra. Nirvana Ferraz Santos Sampaio (UESB); Profa. Dra. Evani Andreatta Amaral Camargo (UNICAMP)

Data da defesa: 23 de fevereiro de 2015

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Linguística.

ANNA CLARA MOTA DUQUE

**INTERRELAÇÕES ENTRE SUJEITOS AFÁSICOS LINGUAGEM E DIFERENTES
LESÕES CEREBRAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGLin) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Linguística. Área de concentração: *Aquisição e Patologias da Linguagem*.

Data da aprovação: 23 de fevereiro de 2015.

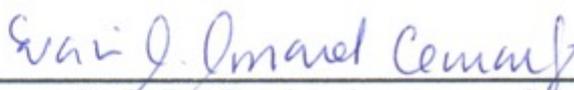
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Carla Salati Almeida Ghirello-Pires (UESB)
(Orientadora)



Profª. Dra. Nirvana Ferraz Santos Sampaio (UESB)



Profª. Dra. Evani Andreatta Amaral Camargo (UNICAMP)

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pela vitória concedida. “Deem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus” (1 Tessalonicenses 5:18).

À UESB, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Linguística - PPGlin, por esta oportunidade concedida para o meu enriquecimento intelectual, pois pude aprender muito sobre os conhecimentos da linguística.

À Profa. Dra Carla Salati Almeida Ghirello-Pires, minha orientadora, pela sua dedicação, paciência, cuidado, companheirismo, e por ter permitido desfrutar de momentos maravilhosos ao seu lado, e, ainda, compartilhar dos seus conhecimentos comigo. Pró, muito obrigada pela sua amizade, por te sentir tão presente na minha vida, você é muito especial para mim.

À Profa. Dra Nirvana Ferraz Santos Sampaio, por ter aceitado o convite de participar da minha banca de qualificação e defesa. Por ter me passado muitos conhecimentos que hoje são muito relevantes para minha área profissional.

À Profa. DraEvani Amaral Andreatta Camargo, por ter aceitado o convite de participar da minha banca de defesa, nos prestigiando com suas contribuições diante da pesquisa realizada.

À Profa. DraEdvania Gomes da Silva, pela sua presença na minha banca de qualificação, e por suas contribuições para este trabalho, com o fim de aprimoramento do mesmo.

Aos demais professores do PPGlin, em especial à Profa. Dra. Vera Pacheco, pela sua disponibilidade e contribuições para minha formação pessoal e acadêmica.

À Valverde, pela sua pontualidade e disponibilidade em me ajudar, emitindo todos os laudos da neuroimagens utilizadas do trabalho apresentado.

À diretoria do Hospital Geral de Vitória da Conquista e ao IBR, por terem aceitado e concebido a realização do trabalho com sujeitos internados e situados em seus leitos hospitalares.

À Prof^a. M.^a Lizandra Caires do Prado, pela sua paciência, cuidado e dedicação nas correções necessárias.

À Jhow, por me ajudar e contribuir com todas as dificuldades que enfrentei durante o mestrado.

Ao meu pai, por me proporcionar tantos conhecimentos, por servir como exemplo de inspiração e me ensinar sobre a importância de buscar batalhar pelos meus objetivos. Sempre serei grata ao senhor.

À minha mãe e irmã, por servirem de alicerce sempre nas minhas caminhadas, e me incentivarem e me ajudarem a conseguir atingir os meus objetivos.

À minha família, pelo cuidado, amor e dedicação que tiveram comigo para a formação do meu ser.

À Adriano, pela paciência, atenção e compreensão que sempre tem comigo. Você é um presente de Deus na minha vida.

E à todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a constituição desta dissertação.

RESUMO

Vários estudos, desde a antiguidade, buscaram explicar e demonstrar a relação da área cerebral lesionada com os “sintomas” dos afásicos. A literatura específica, destacando-se Luria (1981), discute essa questão ao analisar as lesões de soldados feridos em guerra. Este estudo está ancorado nos pressupostos da Neurolinguística Discursiva e tem, como base, os estudos de Luria (1981) acerca do funcionamento do sistema nervoso central. O objetivo deste trabalho é o de analisar as manifestações linguísticas em afásicos, correlacionando-as com o tipo de lesão apresentada pelos participantes da pesquisa e os aspectos individuais de cada sujeito, além de caracterizar o tipo de afasia, dentro da perspectiva Luriana. Além disso, esta pesquisa realizou a identificação das similaridades e diferenças acerca dos quadros afásicos apresentados pelos informantes. A análise foi realizada em sujeitos inseridos no Programa de Atenção Domiciliar¹ e indivíduos oriundos do hospital privado - Instituto Brandão de Reabilitação (IBR), na cidade de Vitória da Conquista/BA. Durante as avaliações, foram descritas as produções de linguagem de cada sujeito, considerando idade, gênero, nível de escolaridade, profissão e aspectos psicossociais, sendo adotada, para este estudo, uma análise de caráter qualitativo. Esta pesquisa foi realizada com um total de 08 sujeitos, dentre os quais foram classificados os tipos de afasias, equiparando o tipo de lesão com a manifestação de linguagem apresentada por cada sujeito, descrevendo as suas similaridades e diferenças entre os participantes da pesquisa e descrições da classificação das afasias, segundo os postulados de Luria (1981). Ao longo deste trabalho, pode-se observar que existem vários conflitos no que tange às classificações das afasias, tanto no que diz respeito às questões de localização, como à relação direta e esperada para as suas manifestações linguísticas. Assim, esta pesquisa buscou demonstrar a importância de uma avaliação cuidadosa que leve em conta, em primeiro lugar, o sujeito e suas manifestações linguísticas, e que analise, detalhadamente, tanto as suas dificuldades, quanto o seu potencial, demonstrando que as produções linguísticas nem sempre serão compatíveis com a área lesada. Além disso, mesmo quando dois sujeitos apresentam a mesma lesão, podem apresentar manifestações diferentes, pois cada sujeito tem uma história de vida, com atuações muito diferentes, em relação ao seu funcionamento de linguagem.

Palavras-chave

Linguagem. Afasia. Lesão Cerebral. Neurolinguística.

¹Modalidade de atenção à saúde, destinada aos pacientes que foram internados no Hospital Geral de Vitória da Conquista/BA e que receberam o acompanhamento multidisciplinar em domicílio, até a sua alta, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.

ABSTRACT

Since ancient times, several studies have sought to explain and demonstrate the relation between the injured brain area and the "symptoms" of aphasic. The specialized literature, highlighting Luria (1981), discusses this issue by analyzing the injuries of wounded soldiers at war. This study is anchored on the assumptions of Discursive Neurolinguistic based on the studies of Luria (1981) on the functioning of the central nervous system. The aim of this study is to analyze the linguistic manifestations of aphasic patients, correlating them with the type of injury presented by there search participant sand the individual aspects of each subject, thus characterizing the type of aphasia, within Luria's perspective. In addition, this research was conducted to identify the similarities and differences about the aphasy frame work presented by the informants. The analysis was performed on subjects inserted in the Home Care Program and individuals from the private hospital - Brandão Rehabilitation Institute (IBR) in the city of Vitoria da Conquista / BA. During the evaluations, wedescribed the language productions of each subject, considering age, gender, education level, occupation and psychosocial aspects, having adopted for this study a qualitative analysis methodology. This research was conducted with a total of 8 subjects, among which we classified the types of aphasia, matching the type of injury to the language expression manifested by each subject, describing the similarities and differences between there search participant sand the descriptions of classification of aphasia according to the postulatedby Luria (1981). Throughout this work, it can be seen that there are multiple conflicts concerning the classification of aphasia, both regards the locationo fissues as the directed and expected relation with their linguistic manifestations. Basedon this research, it was observed that the conducted analyzes, supported on Luria's theories, are not closed to the rank of each individual language changes.

KEYWORDS

Language. Aphasy. BrainInjury. Neurolinguistic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Primeiro modelo localizacionista dos padres católicos medievais	17
Figura 2- Mapa frenológico definido por Gall.....	19
Figura 3- Unidades Funcionais de Luria.....	22
Figura 4-Fibras ascendentes da formação reticular	23
Figura 5- Vista superior e lateral dos lobos cerebrais.....	24
Figura 6- Esquemas das zonas em organização hierárquica.....	25
Figura 7- Tomografia Computadorizada do Paciente 1	46
Figura 8 - Laudo Médico do Paciente 1	46
Figura 9 - Tomografia computadorizada do Participante 2	50
Figura 10 - Laudo médico do Participante 2.....	50
Figura 11 - Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 4	58
Figura 12 - Laudo médico do Participante 4.....	58
Figura 13 - Tomografia Computadorizada do Participante 5	62
Figura 14 - Laudo médico do Participante 5.....	62
Figura 15- Ressonância computadorizada do Participante 6	66
Figura 16 - Laudo médico do Participante 6.....	66
Figura 17 - Tomografia computadorizada do Participante 7	70
Figura 18 - Tomografia computadorizada do Participante 8	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da afasia, segundo Luria _____	27
Quadro 2- Classificação das afasias, segundo Jakobson _____	30
Quadro 3- Escala de Barthel _____	35
Quadro 4- Dados de identificação do Participante 1 _____	39
Quadro 5- Dados de identificação do Participante 2 _____	40
Quadro 6- identificação do Participante 3 _____	41
Quadro 7- Dados de identificação do Participante 4 _____	41
Quadro 8- Dados de identificação do Participante 5 _____	42
Quadro 9- Dados de identificação do Participante 6 _____	43
Quadro 10- Dados de identificação do Participante 7 _____	43
Quadro 11- Dados de identificação do Paciente 8 _____	44
Quadro 12- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 01 _____	45
Quadro 13- Manifestações linguísticas do Participante 1. _____	47
Quadro 14- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 2 _____	49
Quadro 15- Manifestações linguísticas do Participante 2 _____	51
Quadro 16- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 03 _____	53
Quadro 17- Manifestações linguísticas do Participante 3 _____	54
Quadro 18- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 4 _____	57
Quadro 19- Manifestações linguísticas do participante 4 _____	58
Quadro 20- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 5 _____	62
Quadro 21- Manifestações linguísticas do participante 5 _____	63
Quadro 22- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 6 _____	65
Quadro 23- Manifestações linguísticas do Participante 6 _____	67
Quadro 24- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 07 _____	70
Quadro 25- Manifestações linguísticas da Participante 7 _____	70
Quadro 26- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 8 _____	74
Quadro 27- Manifestações linguísticas do Participante 08 _____	75

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C	Antes de Cristo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular do tipo hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular do tipo isquêmico
d.C	Depois de Cristo
IBR	Instituto Brandão de Reabilitação
ND	Neurolinguística Discursiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 BREVE HISTÓRIA DOS ESTUDOS EM NEUROLINGUÍSTICA.....	13
1.2 OBJETIVO.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
1.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	14
2 PRINCÍPIOS TEÓRICOS ACERCA DA AFASIOLOGIA.....	16
2.1 BREVE HISTÓRIA DOS ESTUDOS EM NEUROPSICOLOGIA	16
2.2 PERSPECTIVALURIANA SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CÉREBRO.....	21
2.2.1 Três unidades funcionais.....	22
2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS	26
2.3.1 Classificações das afasias, segundo Luria (1981)	26
2.4. CONTRIBUIÇÕES DE JAKOBSON	28
2.5 SOBRE A NEUROLINGUÍSTICA	31
2.6 NEUROPLASTICIDADE CEREBRAL: ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E A AFASIA	32
3 RELAÇÃO LESÃO CEREBRAL/MANIFESTAÇÃO LINGUÍSTICA.....	34
3.1 REGISTRO DOS PARTICIPANTES	34
3.1.1 Participante 1	39
3.1.2 Participante 2	40
3.1.3 Participante 3	41
3.1.4 Participante 4	41
3.1.5 Participante 5	42
3.1.6 Participante 6	42
3.1.7 Participante 7	43
3.1.8 Participante 8	44
4 A RELAÇÃO DE COMPATIBILIDADE ENTRE O DIAGNÓSTICO MÉDICO (ÁREA LESIONADA) E A CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS, SEGUNDO LURIA E JAKOBSON.....	45
4.1 ANÁLISE DOS DADOS DOS PARTICIPANTES.....	45
3.1.1 Participante 1	45
4.1.3 Participante 3	53
4.1.4 Participante 4	57
4.1.5 Participante 5	61

4.1.6 Participante 6	65
4.1.7 Participante 7	69
4.1.8 Participante 8	74
4.2 DIFICULDADES PARA A UTILIZAÇÃO DOS TESTES PADRONIZADOS.....	78
4.3 SIMILARIDADES E DIFERENÇAS DOS PARTICIPANTES	78
4.3.1 Tempo de lesão em relação aos participantes.....	78
4.3.2 Extensão da lesão em relação aos participantes.....	79
4.3.3 Local de lesão em relação aos participantes	80
4.3.4 Influência da Idade dos Participantes.....	80
4.3.5 Sexo.....	81
4.3.6 Contexto interacional.....	81
4.3.7 A influência do grau de escolaridade dos participantes	82
5 CONCLUSÃO	83
ANEXOS.....	89
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVE HISTÓRIA DOS ESTUDOS EM NEUROLINGUÍSTICA

As questões que norteiam esta pesquisa giram em torno da análise das classificações das afasias, se são estanques para cada área lesionada do cérebro, e suas possíveis manifestações linguísticas. Alguns trabalhos defendem uma hipótese negativa. Em contrapartida, este estudo busca relacionar a área neurológica lesionada com a fala espontânea apresentada de cada participante.

Durante muitos séculos, foram realizadas várias tentativas para compreender a mente humana. Para os filósofos e naturalistas, as habilidades mentais poderiam estar situadas em três ventrículos cerebrais, mas foi só no início do século XIX que o anatomista Gall² descreveu a sua existência entre as duas substâncias cerebrais, a saber, a cinzenta³ e a branca⁴. Essa descoberta foi considerada uma grande contribuição para os avanços topográficos da época, entretanto, de acordo com Taub (2006), os mapas frenológicos de Gall caíram em descrédito por faltarem evidências científicas. Esses modelos e propostas, marcados pela preocupação de localizar a linguagem, são criticados e reformulados, de tempos em tempos; mas é visível que o peso da tradição pela terminologia adotada por esses neurologistas do século XIX (precursores dos estudos localizacionistas) está presente, até os dias atuais, mesmo com várias limitações.

Durante o século XIX, segundo Glossman⁵, Luria e Vygotsky tentaram contrapor as ideias localizacionistas, por meio de experimentos em pacientes com lesões cerebrais. Contudo, eles as organizaram em processos e unidades do cérebro, para obter o produto em uma interação das vias neuronais e do sistema organizacional psicológico. Esses sistemas funcionais são definidos por meio de participações de grupos cerebrais operando em concerto e tendo, cada qual, a sua participação no referido sistema. Mas, ao mesmo tempo em que Luria (1981) tentava compreender este sistema, ele, paradoxalmente, buscava relacionar e descrever as manifestações linguísticas, em determinadas lesões cerebrais (NOVAES-PINTO, 2009).

²Médico e anatomista alemão, por volta de 1800, Franz Joseph Gall desenvolveu a frenologia - uma teoria que reivindica ser capaz de determinar o caráter, as características da personalidade, e o grau de criminalidade pela forma da cabeça (lendo "caroços ou protuberâncias").

³ Substância cerebral composta de corpos celulares de neurônios.

⁴ Substância cerebral que possui um conjunto de células com funções de apoio, sustentação, isolamento elétrico ou nutrição dos neurônios e gânglios.

⁵ Aluna e colaboradora de Alexander Romaniovich Luria, de 1967 até a sua morte, em 1977.

1.2 OBJETIVO

Este trabalho teve como de objetivo geral analisar as manifestações linguísticas em afásico, correlacionando-as com o tipo de lesão e os aspectos individuais de cada sujeito. Para os objetivos específicos, observou-se: a caracterização do tipo de afasia de cada participante e a identificação acerca das similaridades e diferenças dos quadros afásicos apresentados pelos participantes, bem como a área lesada. Esses objetivos tiveram por um fim demonstrar a existência de uma relação não apenas localizacionista entre a lesão e sua manifestação de linguagem, mas, antes, a importância da individualidade de cada um para seu funcionamento cerebral respectivamente.

1.3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa foi motivada por indivíduos, os quais tive a oportunidade de conhecer e atender, que apresentavam lesões na mesma área, ou localizações muito próximas, e manifestações linguísticas variadas. Ao estudar Neurolinguística, foi possível conhecer que essa ciência estuda a relação de sujeito/linguagem e mente/cérebro, não com o intuito de apenas lhes atribuir uma terminologia para essas alterações, nem de procurar as perturbações linguísticas em si mesmas, mas para compreender as desorganizações neurológicas que causam essas dificuldades. Em outras palavras, quando o sujeito apresenta lesões cerebrais, o importante não é apenas demonstrar a classificação da afasia, mas, antes, indicar como se encontram os seus processos linguísticos, para analisar as condições de fala do sujeito e, caso necessário, intervir, através de condutas terapêuticas específicas para cada caso.

1.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Para que os leitores compreendam melhor o trabalho apresentado, esta dissertação foi organizada em capítulos: O capítulo 2, Princípios teóricos acerca da afasiologia, retrata uma apresentação breve da história da neuropsicologia, destacando os principais teóricos e suas contribuições na construção da trajetória da afasiologia. Neste capítulo também é descrito o funcionamento do cérebro, dentro de uma perspectiva Luriana, retratando a fisiologia das três unidades funcionais e suas *desordens*, por meio das classificações das afasias segundo Luria, além de destacar as contribuições de Jakobson no âmbito da Linguística. O capítulo 3, Metodologia, apresenta os procedimentos utilizados para a realização da pesquisa,

descrevendo de que forma este trabalho teve sua aprovação no comitê de ética, além de narrar como ocorreu sua coleta de em prontuários, como foi possível a aquisição das informações com os cuidadores, além da descrição da fala espontânea existente entre a pesquisadora e cada participante. O capítulo 4, Resultado e Discussão: Relação lesão cerebral - manifestação linguística, relata 8 participantes, cujo critério de escolha implica em sujeitos internados no Programa de Atenção Domiciliar e/ou oriundos do Hospital privado Instituto Brandão de Reabilitação (IBR), da cidade de Vitória da Conquista/BA, que possuíram uma lesão cerebral (detectado por meio de neuroimagens) e possuíam alterações em algum nível linguístico.

Para ocorrer essa descrição foram retratados a sua idade, seu grau de escolaridade, sua profissão, sua rotina pregressa e pós-lesão cerebral, referindo seu tempo de lesão, o local da lesão referida e uma amostra de fala espontânea do sujeito, para se tentar classificar o tipo de afasia do indivíduo dentro das características descritas por Luria. Além de demonstrar as similares e diferenças encontradas entre participantes descritos e o que se “encontra” na literatura. O capítulo 5, Conclusão, busca retratar as questões que envolvem o trabalho dando um desfecho para o problema apresentado.

2 PRINCÍPIOS TEÓRICOS ACERCA DA AFASIOLOGIA

2.1 BREVE HISTÓRIA DOS ESTUDOS EM NEUROPSICOLOGIA

O papiro de Edwin Smith, descoberto no Antigo Império egípcio, por volta dos 3000 a.C., foi considerado o documento mais antigo da medicina. Ele retrata os casos cirúrgicos realizados em dezessete colunas, nas quais o cérebro foi considerado, pela primeira vez, de uma forma individualizada e com seu próprio nome. Esse documento aponta 48 casos de ferimentos na cabeça e/ou no pescoço dos pacientes, com toda a descrição de diagnóstico, exames realizados e tratamento submetido. Mas, segundo o Changeux (1985), os autores do texto cometeram o equívoco de considerar o coração como a sede do espírito e o local de armazenamento da memória.

Essas ideias relacionadas ao armazenamento da memória no coração permaneceram como verdade incontestável, durante muitos anos. Foi somente em 460 a.C. que Demócrito de Abdera⁶ se destacou ao propor que o pensamento estava situado no cérebro. Esta nova ideia permitiu uma explicação material e mecanicista do mundo, bem como consagrou um dos maiores expoentes de todo o quadro de homens sábios da antiguidade grega. Demócrito contribuiu ainda mais, através da sua teoria anatômica, quando descreveu os átomos psíquicos⁷. Sua tese foi enriquecida por Hipócrates⁸ e os seus seguidores na análise clínica, distinguindo doenças neurológicas e doenças mentais de origem cerebral (CHANGEUX, 1985).

Hipócrates fundou uma teoria na qual o encéfalo estaria associado às sensações do ser, e à matriz da inteligência. Esta teoria se opõe ao pensamento inicial de Aristóteles, no qual “o coração seria o centro do intelecto e o encéfalo funcionaria como uma espécie de radiador, que resfriava o sangue superaquecido do coração” (Rodrigues, 2010, p.xx). Cláudio Galeno⁹ acrescentou, na história da neurologia, por meio de experiências dos órgãos do sistema nervoso de animais dissecados, que a memória se formaria através das sensações armazenadas no cérebro (CHANGEUX, 1985).

⁶Nascido na cidade de Abdera (Trácia), foi considerado um grande seguidor de Sócrates.

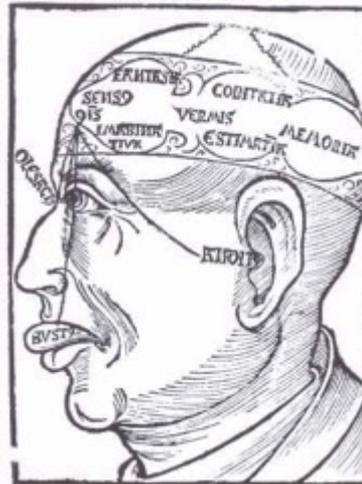
⁷Responsáveis pela troca que o cérebro estabelece com os órgãos do corpo e o mundo exterior, antecipando a função das atividades nervosas.

⁸ Nascido em 469a.C., teve grande destaque dentro da medicina grega.

⁹Nascido em 129 a.C., em Pérgamo, foi um médico e filósofo romano de origem grega.

Conforme Galeno¹⁰, a alma é dotada de três faculdades – imaginação, razão e memória – as quais estão localizadas no cérebro, desenvolvendo um “pneumo psíquico” (o órgão da alma) que, segundo o autor, circula pelos nervos. Nesta perspectiva, essa circulação possibilita, conseqüentemente, um contato da alma com o cérebro e com os órgãos dos sentidos e motores. Porém, Galeno não se atentou para as localizações. Em contrapartida, os padres católicos, entre os séculos IV e V d.C., tais como Nemésio, bispo de Émeso e santo Agostinho, preocupavam-se com questões mais exatas de localização. Eles localizavam a imaginação no ventrículo anterior do coração; no ventrículo médio, a razão; e, no ventrículo posterior, a memória; constituindo o primeiro modelo localizacionista, demonstrado na figura 1 (CHANGEUX, 1985).

Figura 1- Primeiro modelo localizacionista dos padres católicos medievais



Fonte 1- CHANGEUX, Jean Pierre. O homem neuronal. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1985

Posteriormente, surge o período conhecido como Renascimento (séc. XIV ao XVII d.C), caracterizado por profundas transformações na ciência humana. Esse período é marcado por dissecações de cadáveres, que possibilitaram um grande avanço científico decorrente das habilidades artísticas e científicas. Leonardo Da Vinci¹¹ e Andréas Versalius¹², em 1543, produziram estudos monumentais da anatomia humana, presentes nas primeiras citações de neuroanatomia (CHANGEUX, 1985). Enquanto Da Vinci criava esquemas e desenhos do

¹⁰Proeminente médico e filósofo romano de origem grega e, provavelmente, o mais talentoso médico investigativo do período romano.

¹¹Uma das figuras mais importantes do Alto Renascimento, se destacou como cientista, matemático, engenheiro, inventor, anatomista, pintor, escultor, arquiteto, botânico, poeta e músico. É ainda conhecido como precursor da aviação e da balística.

¹²Foi um médico belga, considerado o “pai da anatomia moderna”.

corpo humano, Versalius analisava ossos em cemitérios e dissecava cadáveres em seu quarto, publicando em 1538, a *Tabulae anatomicae sex*. Essa obra foi um grande avanço para a ciência, pois foram corrigidos os erros de Galeno, com desenhos artísticos de ossos e músculos humanos (AMATO, 2003).

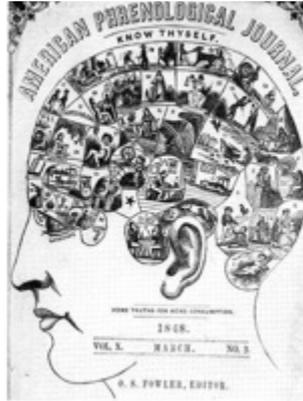
Entre meados do séc. XVII e início do séc. XVIII, surgem novas especulações, sem indícios científicos, sobre a questão do corpo e da alma. A teoria de René Descartes¹³ admitia que a alma fosse caracterizada como uma entidade livre, imaterial e indivisível, diferentemente do corpo, que foi definido como matéria mecânica e divisível. Mas, mesmo distintas, a alma transcende o corpo e permite a interação entre ambos. Esta teoria provocou uma desagregação entre a alma e o corpo, contribuindo para mudanças no pensamento trazido por Hipócrates até o Renascimento (PINHEIRO, 2005).

O século XIX foi marcado pelo surgimento dos estudos acerca da biologia e por pensamentos relacionados à teoria da seleção natural, proposta pelo naturalista britânico Charles Robert Darwin. A descoberta de que o córtex cerebral apresenta áreas anatomicamente definidas, não sendo, dessa forma, homogêneo, sob o ponto de vista funcional, tal como era considerado no século XV, possibilitou novas descobertas que versam sobre a existência de funções distintas para cada parte constituinte do cérebro. O primeiro estudioso a propor a ideia da localização cerebral para as funções mentais foi o austríaco Franz Joseph Gall (PINHEIRO, 2005).

Os estudos de Gall constituíram um marco para a existência de duas escolas distintas. Enquanto os holistas acreditavam que o funcionamento mental era fruto da integração do cérebro como um todo, combinando conhecimento fisiológico, psicológico e de prática clínica, o anatomista Gall propôs uma tese organológica, na qual estudou o órgão, isoladamente, em sua relação com os órgãos vizinhos. O autor afirmou que o encéfalo era subdividido em áreas, e que cada uma controlava uma faculdade mental, situada em áreas peculiares. O anatomista também acreditava que no exame do crânio (cranioscopia) é que seria possível descrever, através de depressões e/ou saliências ósseas, as faculdades mentais e morais e, conseqüentemente, determinar os traços de personalidade das pessoas. Essa ideia originou a teoria da localização cerebral das funções mentais e possibilitou o surgimento dos primeiros mapas corticais, frenológicos, como demonstra a figura 2 (PINHEIRO, 2012).

¹³ Filósofo, físico e matemático francês, nasceu em 1 de março, de 1596, e viveu durante 54 anos.

Figura 2- Mapa frenológico definido por Gall



Fonte 2-

<http://nunesjanilton.blogspot.com.br/2014/07/n-europsicologia.html>

Gall, portanto, fundou a teoria frenológica e estabeleceu no córtex cerebral as estruturas anatômicas relevantes para a organização das funções mentais superiores, além de ter localizado a memória verbal e o sentido da linguagem na região frontal do hemisfério esquerdo e direito - ele ainda não tinha observado a dominância de um dos hemisférios. Esse estudioso também descreveu o desenvolvimento das atividades cerebrais intelectuais e a hipertrofia na zona cortical causada pelos traços de caráter, responsável por determinada característica, como também descreveu o inverso, ocasionado pela pouca atividade de uma determinada área cerebral, permitindo a sua redução (LEBRUN, 1983).

A hipótese de Gall relacionada à memória verbal, situada na parte anterior do cérebro, foi retomada pelo médico e professor francês Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881). Gall acreditava que os lobos frontais eram responsáveis pela memória da palavra e o significado da filologia, já Bouillaud acreditava que essa área contribuía para a articulação da linguagem. Bouillaud defendia a existência de uma distinção das faculdades entre a ideia de reter, criar (pensamento) e expressar as palavras, associando a perda da palavra a uma ou duas faculdades. Ele utilizou-se de observações e análises de alterações de linguagem em lesões localizadas na região anterior do cérebro, contrapondo a lesão posterior, que não apresentaria alterações de linguagem. Entretanto, não percebeu a diferença entre os hemisférios, e não observou que seus pacientes com alteração de linguagem possuíam lesões no hemisfério esquerdo (LEBRUN, 1983).

Em 1836, por meio de Marc Dax, um médico do interior da França, houve a constatação da distinta funcionalidade entre os hemisférios observados em seus pacientes que sofreram derrame cerebral. Dax percebeu que, quando a lesão era no hemisfério esquerdo, o

sujeito apresentava uma alteração motora à direita, com alguma disfunção na linguagem verbal. Posteriormente, esses fatos foram confirmados pelo cientista francês Pierre Broca (CARNEIRO, 2002).

Em 1861, Broca¹⁴ definiu a área que leva seu nome. Essa área foi notada a partir de um exame em um paciente denominado “Tan-tan”¹⁵. Após a autópsia, percebeu-se que o centro da expressão da linguagem se localizava na circunvolução do lobo frontal do hemisfério esquerdo. Da mesma forma, em 1874, o alemão Carl Wernicke¹⁶ localizou, no giro temporal esquerdo, um centro onde a expressão estava intacta, mas a compreensão alterada e, um ano após a descoberta de Wernicke, o italiano Camillo Golgi¹⁷ tornou possível a coloração celular por impregnação metálica, muito útil para os estudos das células nervosas e seus longos prolongamentos. Em 1899, o espanhol Santiago Ramon y Cajal (1852-1934), utilizando o método de Golgi, publicou as primeiras imagens da estrutura celular do tecido nervoso, ponto crucial para o progresso da neurologia moderna e fortificação de algumas ideias localizacionistas por meios da neuroimagens (BAUCHOT, 2010).

Para se opor às ideias localizacionistas, o neurologista britânico Hughlings Jackson relatou que não há a correlação direta da localização do sintoma com a localização da função. Ele descreveu que as funções cognitivas são formadas por meio de sistemas funcionais complexos e necessitam da ação em conjunto do córtex cerebral íntegro como um todo, ou seja, as organizações dos processos se desenvolvem a partir da construção de processos mentais e estímulos cerebrais para essa função, ao invés de ter somente sua localização em áreas específicas do cérebro. Sendo assim, foi por meio de Jackson que surgiu a “crise médica da psicologia”, desenvolvida e criada através de ideias de um sistema funcional para este órgão (Toni; Romanelli; Salvo, 2005).

Essa crise forçou uma busca de novos caminhos para a descoberta dos mecanismos cerebrais verdadeiros das formas mais elementares de atividade mental. Em 1967, o russo Alexander Luria tentou descrever os procedimentos envolvendo as ciências sociais, exatas e naturais. Luria (1967) teve grande contribuição para os fundamentos da neuropsicologia como ciência, fazendo referência ao conceito de função com uma associação não apenas da localização do órgão, mas definiu a funcionalidade como um conjunto de movimentos que

¹⁴Médico francês, tem sua marca na história com a descoberta da área motora de expressão.

¹⁵Paul Broca descreveu o primeiro caso de afasia motora apresentando, através de estudos realizados como o seu paciente, denominado Leborgne (o “Tan-tan”), que possuía uma alteração de linguagem articulada sem *déficit* de compreensão ou cognitivos, mas apenas se comunicando por gestos. Durante a autópsia, Broca acreditou ter localizado a sede da linguagem na terceira circunvolução frontal do hemisfério cerebral esquerdo.

¹⁶Era médico, anatomista, psiquiatra e neuropatologista.

¹⁷Médico e biólogo italiano, nascido em Corteno, se destacou por seus estudos sobre o sistema nervoso humano, inclusive por identificar o complexo de Golgi.

envolviam as ações dos indivíduos em seu comportamento global. As suas ideias sobre o funcionamento cerebral e a maneira de compreender a linguagem como um único sistema complexo é utilizado até a atualidade, fundamentadas no estudo neuropsicológico e confirmadas através das neuroimagens (NOVAES-PINTO, 2009).

Em 1946, Goldstein, um contemporâneo de Luria, estudou o pensamento abstrato ou categórico. Ele defendia que a alteração no pensamento categórico era a base de muitos sintomas afásicos e considerou que defeitos intelectuais originados em lesões cerebrais locais podem ser encarados como a desintegração de “arranjos abstratos”, ou de comportamento abstrato. Goldstein acreditava que um distúrbio de comportamento abstrato pode surgir em pacientes portadores de lesões presentes em várias partes do cérebro, além de ser resultado geral de um complexo do processo patológico. Contudo, essa ideia nunca foi aceita de forma unânime entre os afaçillogistas.

2.2 PERSPECTIVALURIANA SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CÉREBRO

Alexander Luria contribuiu para o desenvolvimento das pesquisas sobre o cérebro, ao propor que o funcionamento da linguagem se estabelece por meio de interações neuronais. Luria (1981) organizou, no Instituto de Neurologia, um estudo longitudinal de soldados que sofreram traumatismo em lesões cerebrais, durante a Segunda Guerra Mundial. Essas observações foram registradas em dois períodos, os iniciais e residuais (cinco meses após o trauma), excluindo lesões no hemisfério direito, uma vez que, nesse hemisfério, são raros os que apresentam alterações de linguagem. Luria observou que lesões no hemisfério esquerdo, desde as primeiras horas até dias posteriores, vinham acompanhadas de alterações na linguagem (LURIA, 1981).

Além dessa descoberta, Luria (1981) acreditou que as funções cerebrais não estão situadas em áreas específicas do cérebro, mas ocorrem por meio da participação de grupos estruturais, atuando concomitantemente com suas especificidades e características. Para Luria (1981), as atividades mentais são desenvolvidas por meio de um sistema funcional complexo. Este modelo foi caracterizado por “grupos de estruturas cerebrais operando em concerto, cada uma das quais concorre com a sua própria contribuição particular para a organização desse sistema funcional” (LURIA, 1981, p.27). Este princípio justifica a aquisição da aprendizagem nas funções mentais complexas.

Assim, Luria (1981) propôs uma organização das atividades mentais superiores em três unidades básicas, consideradas relevantes para que as funções cerebrais ocorram

decorrentes das participações de tais unidades com suas contribuições para o desempenho das operações neuronais. Elas podem ser caracterizadas da seguinte forma: a primeira unidade seria para regular o sono ou vigília; a segunda para processar e armazenar as informações externas; e a terceira para programar, regular e verificar a atividade mental, com suas respectivas áreas localizadas, como demonstradas na figura 3 (LURIA, 1981).

Figura 3- Unidades Funcionais de Luria



Fonte 3-

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010384862010000100012&script=sci_arttext

2.2.1 Três unidades funcionais

As unidades funcionais descritas por Luria (1981) obedecem a uma estrutura hierárquica, possuindo três zonas corticais sequenciais: as primárias recebem e enviam os impulsos periféricos, as secundárias são zonas responsáveis pelo processamento das informações e as terciárias se encarregam das funções mais complexas (LURIA, 1981). Nas próximas seções, verificar-se-á cada uma delas.

1.2.1.1 Unidade 1

A primeira unidade, ou bloco I, segundo Luria (1981), se caracteriza por estruturas situadas no subcórtex e no tronco cerebral. Para que haja uma boa funcionalidade, Luria (1981) atribuiu a Pavlov¹⁸ o mérito da necessidade do estado íntegro do córtex e organização das atividades, baseados nas leis neurodinâmicas. A primeira lei estabelecida é a intensidade da resposta que depende da intensidade do estímulo, ou seja, tais ações são moduladas a depender do grau de concentração dos processos nervosos, da relação

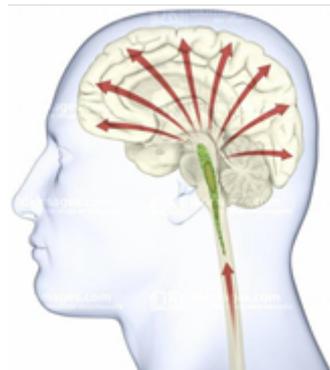
¹⁸ Ivan Pavlov foi o fisiologista e médico russo que criou a "Teoria dos Reflexos Condicionados" e recebeu o Premio Nobel em 1904, devido aos seus trabalhos científicos que determinavam que todas as funções do corpo são controladas pelo sistema nervoso central, além de buscar estabelecer uma relação do sistema nervoso com o sistema digestivo.

estabelecida entre excitação e inibição, e da mobilidade dos aspectos nervosos presentes nas atividades.

Luria (1981) identificou uma estrutura com propriedades funcionais, que contribuíam para o melhor desenvolvimento na regulação do estado do córtex cerebral. Essa estrutura foi denominada de formação reticular, cujo sistema de rede nervosa, com corpos celulares de neurônios dispersos, conectados por meio de processos curtos por intermédio de processo gradual, modificam e modulam seu estado de vigília.

As fibras da formação reticular formam dois sistemas: o sistema reticular ascendente e o sistema reticular descendente. O ascendente, como demonstrado na figura 4, faz conexões com o tálamo, o núcleo caudado, o arquicórtex e com o neocórtex, sendo que este tem como função decisiva a ativação do córtex e a regulação do estado de sua atividade. As fibras, no sentido oposto, formam o sistema descendente. Essa estrutura sistemática permitiu uma forma de gerenciamento e regulação harmoniosa do tono cortical e do estado de vigília do ser humano.

Figura 4-Fibras ascendentes da formação reticular



Fonte 4-

https://lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=forma%C3%A7%C3%A3o+reticular&lang=3

O córtex cerebral desempenha, também, atividades não-específicas, ou seja, toda fibra sensitiva ou motora é acompanhada por um sistema ativador não-específico, o qual influenciaria estimulação ou inibição da ação. As fibras descendentes do sistema ativador¹⁹ têm organizações bem específicas e se estendem do córtex pré-frontal até os núcleos do tálamo e do tronco cerebral, o que possibilita a participação dos níveis superiores em

¹⁹ A excitação da formação reticular do tronco cerebral é um produto do fortalecimento das reações motoras aos estímulos, caracterizada por Luria (1981) como a unidade mais importante da primeira unidade funcional do cérebro, pois foi definido que suas ações ativadora e inibitória acometem as funções sensitiva e motoras do indivíduo igualmente.

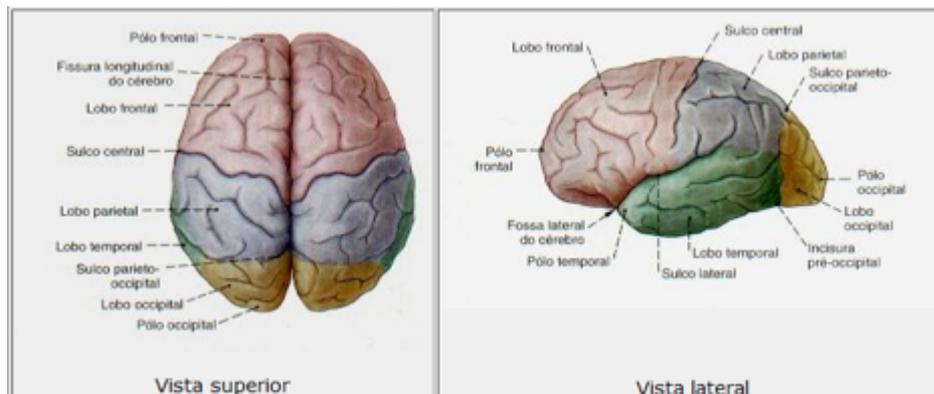
atividades conscientes e/ou complexas, para que se possa ocorrer a modulação correta das atividades realizadas (NISHIDA, 2007).

2.2.1.2 Unidade II

A unidade I, como descrita anteriormente, apresenta uma estrutura de rede nervosa não específica atuando gradualmente, com objetivo de modificar o estado da atividade cerebral, diferentemente da unidade II, que apresenta uma estrutura hierárquica.

A unidade II abrange as regiões laterais do neocórtex, a região occipital, temporal e parietal, como demonstrado na figura 5. A sua rede nervosa é contínua, mas com neurônios isolados, obtendo impulsos singulares e transmitindo para outros neurônios por meio dos receptores periféricos até o cérebro. Essa rede possui especificidade modal, que são visuais, auditivas, vestibulares ou sensoriais, incluindo percepção gustativa e olfatória (LURIA,1981).

Figura 5- Vista superior e lateral dos lobos cerebrais



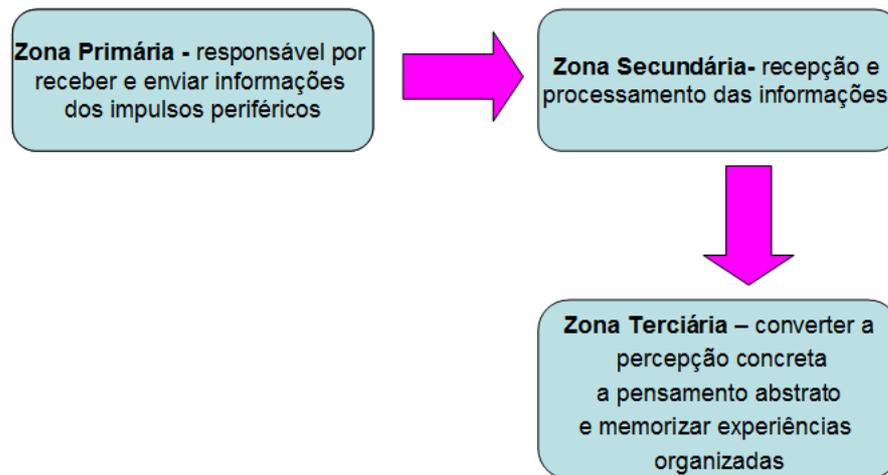
Fonte 5- http://www.guia.heu.nom.br/lobos_do_cerebro.htm

Luria (1981) observa que as principais zonas são constituídas pelo princípio de organização hierárquica. Essas zonas organizadas, como um sistema central, são capazes de receber, analisar e armazenar as informações sensoriais do mundo externo. As informações sensoriais externas não ocorrem de forma isolada, mas vêm acompanhadas de informações complexas e, por isso, esse processo é susceptível ao funcionamento combinado de um sistema completo das zonas corticais (LURIA, 1981).

Cada unidade funcional do cérebro constitui sua própria estrutura hierarquizada e é formada por três zonas corticais superpostas. A primeira é a zona primária (de projeção) responsável por receber e enviar informações dos impulsos periféricos; a zona secundária (de projeção-associação) é definida pela recepção e processamento das informações; e a zona

terciária tem a função mais complexa da atividade mental que é converter a percepção concreta em pensamento abstrato e memorizar experiências organizadas, não apenas na receptividade e codificação, mas no armazenamento de informações, como demonstrado na figura 6 (LURIA, 1981).

Figura 6- Esquemas das zonas em organização hierárquica.



Fonte 6- Esquema criada pela própria pesquisadora, baseada em informações adquiridas no livro Fundamentos da Neuropsicologia, segundos os pressupostos de Luria (1981).

2.2.1.3 Unidade III

De acordo com Luria (1981), a funcionalidade da terceira unidade do cérebro está situada nos lobos frontais e nas divisões pré-frontais do cérebro. Eles realizam um papel decisivo na formação de intenções, programação, regulação e verificação das informações complexas do organismo humano, e, além disso, apresentam a função na regulação geral do comportamento do sujeito, possibilitando-o pensar e se programar com o auxílio da fala.

Esse desenvolvimento das atividades cerebrais permite a fundamentação das três leis básicas: a primeira delas descreve a existência hierárquica das zonas corticais; já a segunda lei é caracterizada pela especificidade decrescente das zonas corticais, hierarquicamente organizadas, que compõem cada unidade; e a terceira lei está envolvida com a lateralização dos hemisférios, ou seja, nas áreas secundárias e terciárias, há uma predominância e especialização do hemisfério esquerdo para funções da fala (LURIA, 1981). Quando ocorre alguma lesão cerebral, pode haver uma desorganização do sistema funcional, e, conseqüentemente, uma disfunção da atividade realizada. (NOVAIS-PINTO, 2012).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

Como vimos nas seções anteriores deste texto, o não funcionamento das três unidades funcionais, de forma hierárquica e adequada, poderá provocar alterações de linguagem no indivíduo. A partir dessas alterações, Luria (1981) descreveu seis tipos de afasias baseadas em alterações estruturais dessas três unidades.

1.3.1 Classificações das afasias, segundo Luria (1981)

A primeira das afasias definidas por Luria (1981), denominada afasia sensorial, é caracterizada por uma lesão na região temporal esquerda, na zona secundária. As consequências desta lesão podem incidir sobre uma perda na capacidade de diferenciar fonemas com traços semelhantes, causando, assim, alterações na compreensão da linguagem e dificuldades de nomear objetos e recordar as palavras necessárias.

O segundo tipo de afasia, definido como acústico-amnésica, é caracterizado por uma lesão no lobo temporal esquerdo, na região posterior. Esta síndrome descreve alterações na memória audioverbal e os sintomas fundamentais deste tipo de lesão são identificados por dificuldades para nomear objetos, e de evocar e reter imagens visuais, em resposta de uma palavra.

A terceira afasia, denominada como semântica, é definida por uma lesão no lobo parietal esquerdo. Um aspecto característico deste indivíduo é uma boa compreensão do significado de palavras individuais; entretanto, eles não apreendem o significado da construção da frase como um todo, ou seja, eles não conseguem entender o significado da relação lógico-gramatical expressada por uma determinada construção sintática. Além disso, esses sujeitos podem apresentar dificuldades de nomeação de objetos, de recordar palavras desejadas e de perdas na capacidade de localização espaço-temporal.

O quarto tipo de afasia é a motora aferente, caracterizado por lesões na base aferente do movimento em zonas secundárias (cinestésicas), da região pós-central do hemisfério esquerdo. Pelo fato desta área ser responsável pela sensibilidade cinestésica de face, lábios e língua, uma desordem nessa área pode ocasionar em uma dificuldade em posicionar os órgãos fonoarticulatórios para a produção do fonema. Essa dificuldade é denominada, na área médica, de apraxia verbal.

A quinta afasia é a motora eferente, resultado de uma lesão na área pré-motora. O distúrbio se torna evidente nas tentativas de mudança de uma articulação para a outra, tanto no nível de palavra e frase, quanto em linguagem verbal e/ou escrita.

Por fim, a sexta afasia, definida como dinâmica, é ocasionada por lesões maciças no lobo frontal, no hemisfério esquerdo. A característica essencial desta afasia é a escassez de output espontâneo, com perda do controle sobre as ações para a produção dos fonemas, embora tenha recordação e consciência da atividade atribuída. Esta afasia causa um severo distúrbio na programação e na regulação das funções mnemônicas e intelectuais.

Quadro 1- Classificação da afasia, segundo Luria

Tipo de Afasia descrito por Luria (1981)	Local da lesão da afasia descritas por Luria (1981)	Manifestações Linguísticas descritas por Luria (1981)
Afasia sensorial	Região Temporal Esquerda	Perda da capacidade de diferenciar claramente entre sons da fala, agnosia acústica, desordens na fala, nomeação de objetos, defeitos da fala coerente e recordação das palavras (alienação do significado de palavras)
Afasia Semântica	Região Parietal ou parieto-têmporo-ocipital Esquerda	Dificuldade Temporo-espacial, boa compreensão do que é dito em linguagem comum, mas apresenta dificuldades de compreender estrutura lógico-gramaticais complexas. Além de dificuldades de nomeação de objetos e recordação de palavras desejadas
Afasia Amnésica	Parieto-Ocipital Esquerda	Dificuldade de nomeação de objetos. O indivíduo tenta, com empenho, encontrar o nome requerido, mas é incapaz de fazê-lo. A fraqueza dos traços acústicos-verbais e a instabilidade da base acústica diferenciada da fala estão completamente ausentes.
Afasia Motora Aferente	Região pós-central Esquerda	Incapacidade para determinar imediatamente as posições dos lábios e da língua necessárias para a articulação dos sons requeridos da fala, apraxia verbal.
Afasia Motora Eferente	Zona pré-motora Esquerda	O distúrbio se torna evidente quando tais pacientes têm de passar de uma articulação para outra. Neste caso, o processo de desnervação do articulema precedente e a passagem suave pra o próximo articulema estão profundamente perturbados. Surgem sinais de inércia patológica de uma articulação existente, e a pronúnciação

		de uma palavra polissílaba se torna impossível.
Afasia Dinâmica	Zonas laterais maciças do lobo frontal	Não perturbam as funções léxicas fonéticas ou lógico-gramaticais da fala. Entretanto, elas acarretam um severo distúrbio de uma função da fala, a saber, a sua função reguladora. O indivíduo não consegue dirigir e controlar o seu comportamento com o auxílio da fala, seja a sua própria, seja a de outra pessoa.

Fonte 7- LURIA, A. R. Fundamentos de Neuropsicologia. São Paulo: Cultrix, 1981

Essa classificação nos ajuda a compreender quais as especificidades das áreas que compõem o que Luria chamou de sistema funcional complexo. Apesar de considerar as especificidades do funcionamento cerebral, Luria deixa claro que esse sistema é dinâmico, plástico e está sujeito a influência das atividades externas/ sociais, chamadas por Vigotski de extracorticais. Essa forma de conceber o funcionamento cerebral como plástico e moldado pelas experiências do sujeito traz grandes avanços para a área neurológica.

Embora essa nova forma de pensar o cérebro, descrita e organizada por Luria, traga enormes avanços para a compreensão do funcionamento do cérebro lesionado, é Jakobson²⁰ quem avança na análise linguística das afasias. Ele foi o primeiro linguista, baseando-se nos trabalhos de Jackson, Luria, Freud e Goldstain, a considerar as afasias um problema de sua área.

2.4. CONTRIBUIÇÕES DE JAKOBSON

Jakobson deixa claro que a afasia é uma questão linguística e para tanto deverá ser avaliada por linguistas. Se afasia é uma perturbação da linguagem, como o próprio termo sugere, segue-se daí que toda descrição e classificação das perturbações afásicas devem começar pela questão de saber quais aspectos da linguagem são prejudicados nas diferentes espécies de tal desordem. Esse problema abordado por Hughlings Jackson não pode ser resolvido sem a participação de profissionais familiarizados com a estrutura e o funcionamento da linguagem. (JAKOBSON, 1969, 34)

²⁰Jakobson buscou definir as afasias através do funcionamento da linguagem e não da localização da lesão, especialmente ao trabalhar com a dicotomia de organização da linguagem.

No entanto, se há uma organização hierárquica, isso não quer dizer que as somas das partes correspondem ao todo, isto é, não significa um simples acréscimo e/ou uma justaposição de elementos, mas, antes, trata-se de níveis que compõem o sistema linguístico, diferentes entre si, tanto qualitativamente, quanto na sua estrutura. Cada nível mantém uma relação diferente com o sistema, de modo que não é possível entender como uma soma dos elementos que o constituem, pois o sistema possibilita um grau maior ou menor de liberdade a cada nível (JAKOBSON, 1969).

Os componentes de qualquer mensagem estão ligados, necessariamente, ao código, por uma relação interna de equivalência, e ao contexto, por uma relação externa de contiguidade. Essa indissociabilidade entre ambas formam a bipolaridade linguística. Mas, muitas vezes, quando ocorre alguma lesão cerebral, seja ela um AVC, Tumor, ou TCE, por exemplo, o indivíduo passa a ter uma unilateralidade da linguagem, tornando-se afásico, com alteração na predominância tanto em seus aspectos de contiguidade ou similaridade (JAKOBSON, 2003).

A classificação descrita por Jakobson estabeleceu dois eixos de organização de linguagem: o paradigmático (responsável por selecionar unidades dentre vários elementos) e o sintagmático (responsável por realizar combinações dos elementos selecionados). Verbalizar implica na seleção das entidades linguísticas e na sua combinação, ou seja, para o indivíduo falar, é necessário selecionar fonemas, morfemas, palavras e frases e combiná-las para haver uma harmonia a nível sintático. No entanto, é importante ressaltar que essas palavras não podem ser escolhidas de forma aleatória, pois a seleção deve ser realizada dentro do repertório lexical do próprio sujeito e na combinação de traços distintivos em fonemas. Assim, o código estabelece e define todas as possibilidades possíveis dentro da língua, ou seja, as combinações das partes constituintes selecionadas estão inseridas dentro de uma língua (código) que possui um estatuto de contiguidade, ligados entre si por distintos graus de similaridades (sinônimos). Quando ocorre lesão cerebral, pode ocorrer alguma alteração de linguagem, acarretando no indivíduo dificuldades na seleção de palavras e/ou na combinação frases, palavras e morfemas (JAKOBSON, 2003).

Segundo Jakobson (2003), o afásico com dificuldades na seleção, no eixo paradigmático, apresenta fluência na sua fala, mas possui dificuldades em iniciar diálogos e mantê-los, principalmente, quando seu enunciado depende de um contexto verbal. Esse indivíduo também faz usos de conectivos, tais como pronomes e advérbios pronominais, mas

as palavras-chave podem ser eliminadas, trocadas ou substituídas por anafóricos²¹. Com isso, pode ser caracterizado o distúrbio da similaridade, compreendido como uma disfunção no processo de substituição da palavra, mas com seu contexto intacto.

Já para o sujeito com alterações na combinação das unidades linguísticas, no eixo sintagmático, caracterizando o distúrbio da contigüidade, este tipo de afasia torna-o incapaz de construir proposições e/ou combinar entidades linguísticas. Este tipo de quadro pode ser compreendido como distúrbio da contigüidade; dessa forma, a extensão e a variedade das frases diminuem. As regras sintáticas que organizam as palavras em unidades perdem-se, o que se pode definir como agramatismo, caracterizado por uma desordem nas unidades linguísticas, na qual os vínculos de coordenação, subordinação gramatical, concordância e de regências se tornam caóticas. Existem casos de afásicos que, além disso, param de pronunciar as conjunções, preposições, pronomes e artigos, tornando-se a fala do sujeito um estilo denominado “telegráfico”, o qual é caracterizado pela extinção de conectivos.

Foi a partir de Jakobson (2003) que a linguística passou a ser, também, escopo para os estudos sobre as afasias. Porém, mesmo antes de Jakobson (2003) ter feito essa referência linguística aos estudos sobre afasia, com base nas descrições lurianas, outros autores já se interessavam por um enfoque linguístico (NOVAES-PINTO, 2009). O quadro abaixo demonstra a classificação das afasias, segundo Jakobson (2003).

Quadro 2- Classificação das afasias, segundo Jakobson

Tipo de Afasia descrito por Jakobson	Manifestações Linguísticas descritas por Jakobson
Distúrbio de Contigüidade	Prejudica as operações baseadas, predominantemente, na contigüidade, de modo que o contexto se desintegre, ocasionando a desordem na hierarquia lingüística, ou seja, uma desordem na superposição de contextos. A extensão e a variedade das frases diminuem e as regras sintáticas, que organizam as palavras em unidades mais altas, perdem-se; esta perda (agramatismo) resulta em frases degeneradas e se tornam, muitas vezes, em um "monte de palavras", sem sentido.
Distúrbio de Similaridade	Alteração na relação interna de seleção do código, podendo ocorrer maior dificuldade de selecionar espontaneamente a palavra-alvo. Tal afasia

²¹Aanáfora ocorre quando um elemento lexical com propriedade anafórica, tais como artigos e pronomes pessoais, por exemplo, é usado para retomar um referente já mencionado no texto.

	dificulta atividades metalingüísticas, como a de tradução (substituição de palavras por sinônimos ou antônimos), ou, ainda, nas relações inter-semióticas (transposição de um sistema para o outro, como verbal e não verbal)
--	---

Fonte 8- JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. *Linguística e comunicação*. 22.ed. Tradução de IzidoroBlikstein e José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 2003

Jakobson buscou sempre descrever a importância de compreender a natureza e o modo da estrutura comunicativa que alterou a linguagem do afásico. Justificando a importância de classificar as afasias no seu contexto, e manifestações linguísticas, o autor diz que (JAKOBSON, 2003; 24):

a aplicação de critérios puramente lingüísticos à interpretação e classificação dos fatos da afasia pode contribuir, de modo substancial, para a ciência da linguagem e das perturbações da linguagem, desde que os lingüistas procedam com o mesmo cuidado e precaução ao examinar os dados psicológicos e neurológicos como quando tratam de seu domínio habitual. Primeiramente, devem familiarizar-se com os termos e procedimentos técnicos das disciplinas médicas que tratam da afasia; em seguida, devem submeter os relatórios de casos clínicos a uma análise lingüística completa; ademais, eles próprios deveriam trabalhar com os pacientes afásicos a fim de abordar os casos diretamente e não somente através de uma reinterpretação das observações já feitas, concebidas e elaboradas dentro de um espírito totalmente diferente.

Assim, a linguística tem como seu objeto de estudo a língua, que, quando somatizada com a fala e as questões que envolvem as lesões do Sistema Nervoso Central (SNC), pode se tornar uma nova ciência, a chamada Neurolinguística, compreendida como uma ciência de fronteira entre a Linguística e a Neurologia.

2.5 SOBRE A NEUROLINGÜÍSTICA

Em meados da década de 1980, essa nova ciência se desenvolveu, na Universidade Estadual de Campinas, por meio dos trabalhos de Coudry²², entre 1986-1988, através dos quais se buscou descrever a importância da relação sócio-histórico-cultural com o funcionamento cerebral. Vários são os campos de investigação da Neurolinguística, tais como: estudos sobre o processamento normal e patológico da linguagem, estudo dos

²²Professora PHD, introduziu a Neurolinguística como domínio de estudo na Universidade de Campinas - UNICAMP (1981). Atua na linha de pesquisa que relaciona linguagem, cérebro e mente, voltada para o estudo da afasia sob uma visão discursiva. É co-responsável pelo Centro de Convivência de Afásicos, criado em 1989, fruto de um convênio interdisciplinar entre o Departamento de Linguística, do Instituto de Estudos da Linguagem, com o Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas/SP.

processos alternativos de significação, estudo dos processos discursivos que relacionam linguagem e cognição dentre outros.

Dos estudos neurolinguísticos, destacamos aqui os trabalhos de Coudry (1986, 1988), por estudar a relação linguagem–cérebro, tendo como objetivo analisar não especificamente a linguagem, mas estano funcionamento em sujeitos que apresentam uma patologia. Assim, a Neurolinguística Discursiva (ND), como é conhecida esta área desenvolvida por Coudry, busca compreender como o sujeito que atua em uma determinada sociedade, sob condições históricas e culturais específicas opera com sua linguagem.

Partindo de uma visão que leva em conta a variabilidade do sujeito, essa concepção entende que sujeitos acometidos por afecções cerebrais também apresentarão especificidades, descartando, desta forma, avaliações e classificações que rotulam e enquadram os sujeitos em uma única categoria: a do déficit.

Esta abordagem apresenta uma forma mais positiva de encarar o sujeito, pois leva em conta suas produções singulares, visando compreender o processo que o levou a produzir um certo enunciado, e não apenas o enunciado, ou seja, o produto. Para a ND, é somente a partir desta compreensão que poderemos avançar em relação às questões patológicas da linguagem. A partir desta asserção, o que é patológico não deixará de existir, mas, certamente, sua carga negativa será relativizada.

Outra questão muito importante para a ND é a relevância do outro para o funcionamento da linguagem, em uma situação interacional. O outro é proficiente em sua capacidade linguística, o qual, por meio da mediação da linguagem, fará com que esse sujeito com uma lesão supere suas dificuldades refletindo sobre elas em situações interacionais.

Dentre os campos de estudo desta perspectiva teórica, está a modificação que ocorre internamente no cérebro, a partir da estimulação ocasionada externamente. Neste campo serão abordados os estudos sobre neuroplasticidade, compreendendo as funções cognitivas e neurofisiologia da linguagem.

2.6 NEUROPLASTICIDADE CEREBRAL: ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS E A AFASIA

A neurolinguística do século XX busca analisar a compreensão da desorganização dos processos neurológicos, causadores das dificuldades linguísticas. De acordo com Novaes-Pinto (2012), lesões cerebrais podem gerar uma desorganização em todo o funcionamento do órgão. Contudo, esse sistema cerebral busca restabelecer-se por meio de rearranjos neuronais,

numa tentativa de reorganizar as funções debilitadas, ação esta que fundamenta um dos maiores conceitos da neurociência: a neuroplasticidade. Esses rearranjos cerebrais ocorrem por estimulações cerebrais, realizadas através de estímulos externos vivenciados no meio em que o indivíduo está inserido.

Portanto, o ambiente em que o afásico se encontra deve fornecer condições para a ressignificação da linguagem do indivíduo, além de dispor de uma maior qualidade de estímulos. Desta maneira, a integração do afásico com o meio ambiente possibilita novas formas, seja do ponto de vista do substrato, em caracterizar as implicações da afasia na linguagem e nas interações sociais, além de detectar as dificuldades vivenciadas por indivíduos afásicos; seja do ponto de vista morfológico, ou mesmo do ponto de vista funcional, permitindo uma grande contribuição para a viabilização de obstáculos gerados pelas lesões cerebrais. (ANNUNCIATO; OLIVEIRA, 2013). Neste sentido, o próximo capítulo buscará demonstrar as rotinas vivenciadas pré e pós lesão cerebral, dos oito afásicos analisados neste estudo.

3 RELAÇÃO LESÃO CEREBRAL/MANIFESTAÇÃO LINGUÍSTICA

3.1 REGISTRO DOS PARTICIPANTES

No decorrer desta pesquisa, foram apresentados oito indivíduos afásicos, com histórias de vida diferentes. Primeiramente, foram descritos os seus dados pessoais, tais como: nome, idade, grau de escolaridade, profissão e sua rotina tanto pregressa, quanto atual. Todos esses dados, além da descrição textual, também foram expostos em forma de tabelas. Esses dados permitiram uma discussão posterior a respeito do local lesionado e de suas manifestações de linguagem.

Após toda a elaboração do projeto, considerando as competências regimentais previstas na Resolução 466/12, o mesmo foi enviado para o comitê de ética, tendo a aprovação do comitê de ensino e pesquisa, em 19/08/2014. O número do certificado de apresentação para Avaliação Ética (CAAE) é 30819014.0.0000.0055. Os participantes da pesquisa e/ou cuidadores²³ foram informados sobre o objetivo e a metodologia do estudo e solicitados a darem anuência para sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual esteve previsto a liberdade para deixarem a pesquisa quando desejarem, sem que nenhum prejuízo se lhes fossem atribuído. Todos os dados coletados nos prontuários foram mantidos em absoluto sigilo, e usados apenas para fins científicos, sem qualquer identificação dos sujeitos.

O tipo de estudo adotado para esta pesquisa teve um caráter transversal e qualitativo, no qual se contou com o universo de 30 indivíduos que tivessem diagnóstico de afasia. Entretanto, durante a coleta de dados, 6 sujeitos foram excluídos por não conseguirem realizar foneticamente a língua, 9 por não apresentarem a neuroimagem, 2 por possuírem idade inferior a 18 anos e 3 sujeitos morreram antes de ocorrer a gravação da fala espontânea. Com isso, apenas 08 sujeitos, dos 30 participantes iniciais, atenderam a todos os quesitos necessários para a sua inclusão na pesquisa. É importante mencionar que toda a coleta de dados, inclusive a aquisição dos diálogos entre os participantes e a pesquisadora, ocorreu entre os dias 20/08/2014 a 20/12/2014.

Para a coleta de dados nos prontuários, foram visualizadas informações, como: o tipo, o tempo e o local da lesão, incluindo a tomografia e o laudo médico. Depois de colhidas as informações no prontuário, questões complementares foram obtidas por meio dos

²³ Pessoas responsáveis pelo afásico dentro de um processo contratual, determinada(o) pela(o) assistente social

responsáveis e/ou familiares, como a rotina pregressa, a rotina atual, a profissão e o grau de escolaridade.

Depois de coletados os dados em prontuários e ter adquiridos as informações complementares, foi realizada uma avaliação superficial, na qual foram observadas as condições gerais de saúde do participante, verificando se havia alguma paralisia de membros, fraqueza da musculatura orofaríngea e assimetria labial. Além das observações das condições gerais de saúde do participante, foi aplicada, pela própria pesquisadora, a escala de Barthel, demonstrada no Quadro 3, abaixo. Esta aplicação foi submetida por meio de um corte transversal, quando foram realizadas as primeiras avaliações. Juntamente com a equipe multiprofissional, foram observadas algumas limitações da escala e, assim, buscou-se “adequar” as características dos sujeitos com os protocolos existentes na escala, pois não se pode mudar as opções em que nela são compostas.

Quadro 3- Escala de Barthel

<p>1) Como você realiza as suas refeições ?</p> <p>() 10 – Independente. Capaz de comer sozinho, em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.</p> <p>() 5 – Precisa de ajuda para cortar a carne e passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.</p> <p>() 0 – Dependente. Precisa ser alimentado por outra pessoa.</p>
<p>2) Como você toma seu banho ?</p> <p>() 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa o supervisione.</p> <p>() 0 – Dependente. Precisa de algum tipo de ajuda ou supervisão.</p>
<p>3) Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)</p> <p>() 10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda.</p> <p>() 5 – Precisa de ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda; mais da metade das tarefas em tempo razoável.</p> <p>() 0 – Dependente. Precisa de alguma ajuda.</p>
<p>4) Como você realiza seus asseios ?</p> <p>() 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.</p> <p>() 0 – Dependente. Precisa alguma ajuda.</p>

5) Como é sua evacuação ?

10- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.

5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.

0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

6) Como é sua micção . Como você a realiza?

10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).

5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.

0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como você vai ao banheiro ?

10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.

5 – Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.

0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

.8) Como você realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas) ?

15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.

10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.

5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.

0 – Dependente, necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada

9) Como você realiza a deambulação (locomoção, caminhar) ?

15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinho.

10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10) Como você realiza a subida e descida de escadas ?

10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

- () 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- () 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

Por mais que a equipe multiprofissional necessite, muitas vezes, de um parâmetro que meça o progresso do indivíduo, não se pode resumir a habilidade do sujeito pelas tarefas descritas na escala, representada em uma soma de 0, 5, 10 e 15 pontos, conforme a “independência” ou a necessidade de ajuda para a realização das atividades, e, ainda, classificá-la e pontuá-la como severa (dependência total), a pontuação encontrada abaixo de 45 pontos; como grave (há muita dependência, mas consegue realizar algum movimento sozinho), com valores que alcançam entre 45 e 49 pontos; moderada (o participante consegue realizar várias ações sozinho, mas ainda precisa de ajuda); ou leve (o indivíduo já realiza tudo ou quase tudo sozinho), com uma pontuação acima de 80 pontos. A escala de Barthel também possui dez itens que envolvem a mobilidade do participante e cuidados pessoais. Estes dados já vêm formulados e não podem sofrer alterações pelo aplicador da escala.

Para a alimentação, se questionou como o indivíduo faz para realizar as refeições. A primeira opção foi voltada à capacidade de comer por si só, em tempo razoável (10 pontos), já a segunda se resume à habilidade de cortar a carne e passar a manteiga (05 pontos), e a terceira opção é quando o indivíduo necessita ser alimentado por outra pessoa (0 pontos). A banalidade do assunto “tempo para comer” parece estar ligada ao fato de que “alimentar-se” é uma necessidade humana natural, com tempo determinado, e presente, de forma rotineira, em nossas vidas. Mas, que tempo razoável é este? A alimentação é um momento de interação social, em que o sujeito busca se comunicar, e se ajustar à sua nova forma de se alimentar, não podendo também se resumir à capacidade de cortar a carne e passar a manteiga. E, até a depender do seu contexto sócio cultural vivido antes da lesão, será que este já realizava este movimento pré-lesão?

A segunda pergunta se refere à habilidade de tomar banho; se é capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa o supervisione (5 pontos), ou se necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão (0 pontos).

A terceira pergunta está voltada para a vestimenta; na possibilidade de vestir-se e despir-se sem ajuda (10 pontos), se necessita ajuda, mas realiza todas as atividades pessoais sem ajuda em mais da metade das tarefas (5 pontos), em tempo razoável, ou depende de ajuda para se compor (0 pontos). Para os asseios, a escala refere se o sujeito tem como realizar todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda (5 pontos) ou precisa de alguma ajuda (0 pontos).

A dimensão "auto-cuidado" agrupa as categorias banho, higiene pessoal e vestir-se, e este é muito particular de cada sujeito, podendo o mesmo realizar ou não essas tarefas (mesmo antes da lesão cerebral).

A quinta pergunta envolve a evacuação; se o sujeito não apresenta episódios de incontinência (10 pontos), se menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas, supositórios (5 pontos), ou se apresenta mais de um episódio de incontinência semanal (0 pontos). Em relação à micção, também são dadas as mesmas opções: continente (10 pontos), acidente ocasional (5 pontos) e incontinente (0 pontos).

A dimensão controle de esfíncteres agrupa as categorias controle de urina e controle de fezes, a qual está muito ligada ao local da lesão, se atingiu a medula ou não consegue se locomover, necessitando de vias alternativas para defecar ou urinar. E é justamente esta dificuldade de locomoção de que trata a próxima pergunta, a saber, como o indivíduo faz para ir ao banheiro; se entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa (10 pontos), se é capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro, pode limpar-se sozinho (5 pontos), ou se é incapaz de ter acesso à ele (0 pontos).

As transferências leito-cadeira, vaso sanitário e chuveiro/banheira são itens da dimensão "transferências", e a dimensão "locomoção" engloba os itens locomoção e escadas.

As perguntas referentes a este assunto são: a capacidade de transferência (cama, poltrona, cadeira de rodas), se não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, seja para entrar ou sair da cama (15 pontos), se precisa de uma supervisão ou uma pequena ajuda física (10 pontos), se necessita de uma pessoa forte e treinada (5 pontos), ou se necessita de um apoio (0 pontos).

A deambulação é outro item de que trata a escala. Para a avaliação deste item são dadas as opções de independência, quando atingido 50 metros, ou seu equivalente em casa, sem ajuda ou supervisão. Para esta avaliação, o indivíduo pode utilizar qualquer ajuda mecânica, exceto o andador. Caso utilize uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha (15 pontos), ou necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa, ou utiliza andador. E caso consiga subir e descer as escadas é perguntado se consegue realizar este movimento independente (10 pontos), necessita ajuda (5 pontos), ou é incapaz de subir e descer degraus (0 pontos).

Depois de ter analisado as condições gerais, foi realizada a coleta da fala espontânea do participante, por meio de um aplicativo de gravação de um aparelho celular Samsung Gran Duos, no qual foi possível perceber as alterações linguísticas decorrentes da lesão neurológica do participante. Foram selecionados alguns trechos de fala para que se tentasse demonstrar

algumas características da fala de cada indivíduo. Após essa seleção, os dados foram transcritos e armazenados em um banco de dados da neurolinguística (BDN). Para a transcrição das gravações, foi adaptada a tabela proposta pelo BDN²⁴, a qual consta de seis colunas, a saber: código de busca, numeração dos enunciados, sigla do locutor, transcrições, observações sobre condições de produção do enunciado verbal, observações de condições do enunciado não verbal. Essas transcrições permitiram qualificar as queixas de linguagem dos afásicos inseridos no programa para que, a partir desses dados, se fizesse a análise dos sintomas e lesões cerebrais, descrevendo as características das afasias e salientando os pontos em comum e as diferenças entre elas²⁵.

Também foram avaliados alguns variantes que pudessem influenciar nas possíveis diferenças linguísticas de cada sujeito. Dentre elas estão: o tempo de lesão, a extensão da área lesionada, o local afetado, a idade, o sexo, o grau de escolaridade e o ambiente vivenciado (pré e pós-lesão)²⁶.

3.1.1 Participante 1

A participante da pesquisa, BP, foi internada no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), com o diagnóstico de Acidente Vascular, do tipo hemorrágico (AVCh), em 20/06/2014, e teve os seus dados coletados no dia 20/08/2014, exatamente dois meses após a lesão. O quadro 4 demonstra que a participante da pesquisa tem 66 anos e cursou até o Ensino Fundamental, incompleto, trabalhava como lavradora e seu perfil socioeconômico era de até dois salários mínimos. A sua rotina pregressa era baseada em esforços braçais, realizados através do trabalho com plantações em hortas e, após sofrer um AVCh, a sua rotina se modificou. Ela começou a assistir programas televisivos e a passar a maior parte do dia acamada.

Quadro 4-Dados de identificação do Participante 1

Nome	BP
------	----

24O BDN é formado por dados transcritos, a partir do registro em áudio e vídeo, das sessões de interação em grupo dos sujeitos afásicos. O modelo de transcrição dos dados vem sofrendo modificações com o intuito de agilizar o processo de transcrição e dar maior visibilidade às condições de produção dos dados, facilitando, dessa forma, o acesso dos pesquisadores a eles. O novo modelo consiste em descrever, na forma de tópicos, as situações que foram propostas e as que surgiram durante as sessões, mantendo o modelo de tabela apenas em trechos de maior relevância em que uma transcrição detalhada se faça necessária.

25 É importante ressaltar que cada indivíduo tem sua particularidade. Essa avaliação foi considerada como parte do processo avaliativo.

26 Trataremos com mais profundidade este ponto no capítulo 3 deste texto.

Idade	66 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental I incompleto
Profissão	Lavradora
Rotina Pregressa	Trabalhava na roça com plantações
Rotina Atual	Assistir TV

3.1.2 Participante 2

O segundo participante foi diagnosticado por um tumor cerebral, localizado na área temporoparietal, no hemisfério esquerdo, em dezembro de 2013. FN tem 36 anos de idade, chegou a concluir o Ensino Fundamental II, atuava como condutor do SAMU 192, em Itapetinga/BA, e seu perfil sócio-econômico era de até 3 salários mínimos (foi à óbito, devido ao câncer cerebral). De acordo com a sua esposa, a rotina de F.N., antes do surgimento da patologia, era bem dinâmica. Além de atuar no atendimento às chamadas de emergência, conduzindo o veículo, tinha o conhecimento das normas de Legislação Básica de Trânsito, de direção defensiva e da região municipal na qual trabalhava. Depois do diagnóstico, a sua rotina se voltou para o tratamento da patologia, e foi neste momento que os dados de FN foram coletados (12/11/2014). Essas informações são descritas no quadro 5.

Quadro 5- Dados de identificação do Participante 2

Nome	FN
Idade	36 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental II Completo
Profissão	Motorista (socorrista) do Samu 192
Rotina Pregressa	Condutor: Conduzir a equipe de saúde ao local da ocorrência; Transferir os feridos em macas, pranchas e similares, segundo técnicas específicas, do local da ocorrência para dentro de ambulâncias, e destas para os hospitais
Rotina Atual	Baseada no tratamento oncológico, na hidroginástica, fisioterapia e fonoterapia.

3.1.3 Participante 3

A terceira participante sofreu um AVC isquêmico e teve câncer de pulmão. ML tinha 57 anos, fez doutorado, trabalhava como professora de Microbiologia Aplicada, e seu perfil socioeconômico era de 8 salários mínimos. Sua rotina pregressa era lecionar em todos os turnos, além disso, gostava de cuidar do jardim e pintar. Antes do seu falecimento, devido ao câncer pulmonar, seu dia a dia era baseado no tratamento oncológico. No dia 20/08/2014, os dados desta participante foram colhidos, e estão descritos no quadro 6.

Quadro 6- identificação do Participante 3

Nome	ML
Idade	57 anos
Grau de Escolaridade	Doutorado em Bioquímica
Profissão	Professora de Microbiologia Aplicada
Rotina Pgressa	Lecionar todos os turnos; Cuidar do jardim e pintar
Rotina Atual	Voltado para o tratamento oncológico

3.1.4 Participante 4

A quarta participante também estava internada no Hospital Geral de Vitória da Conquista, no dia 10/12/2014, data na qual também foram colhidos os dados para esta pesquisa. NR tinha 64 anos (foi a óbito) e estudou até o Ensino Fundamental, incompleto; era trabalhadora rural e seu perfil socioeconômico era até de um salário mínimo. A sua rotina pregressa era baseada em cuidar do plantio e dos filhos. Após sofrer um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), no dia 08/12/2013, a sua rotina se modificou. Durante a semana, ela permanecia, com mais frequência, em casa, mas, aos finais de semana, ela passeava com os seus familiares, tal como demonstra quadro 7.

Quadro 7- Dados de identificação do Participante 4

Nome	NR
Idade	64 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto

Profissão	Trabalhadora Rural
Rotina Progressa	Cuidar das plantações e dos filhos
Rotina Atual	Ficar em casa durante a semana; Passear aos finais de semana

3.1.5 Participante 5

A participante AS tem 74 anos e estudou até o 5º ano do Ensino Fundamental I, sempre atuou em casa, na função de “dona de casa”, e seu perfil econômico era de três salários mínimos. Antes do AVCi sofrido, em maio de 2013, o qual ocasionou uma lesão na região temporo-parieto-occipital, a sua rotina diária era voltada aos cuidados com os filhos e plantações que tinha em sua roça. Após a lesão, ela teve que mudar para a casa da filha, onde é supervisionada por um *home care*²⁷. Além disso, ela é acompanhada pelo grupo de estudos linguísticos, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), e faz acupuntura, como demonstrado no quadro 8. A data para a coleta de dados ocorreu em 21/08/2014.

Quadro 8- Dados de identificação do Participante 5

Nome	AS
Idade	74 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental I incompleto
Profissão	Dona de casa
Rotina Progressa	Trabalhava na roça com plantações Cuidava dos filhos
Rotina Atual	Atendimento em <i>home care</i> ; Faz parte do grupo de Linguística da UESB; Realiza Acupuntura

3.1.6 Participante 6

O sexto participante, GB, tem 59 anos e, no dia 24 de julho de 2014, sofreu um AVE. Antes da lesão, ele atuava como motorista e cursou até o 1º ano do Ensino Médio. Além de

²⁷ Equipe composta por técnico de enfermagem, enfermeira, fisioterapia, fonoaudióloga e médico, que cuida do paciente em seu próprio domicílio.

trabalhar como condutor de veículos, nos momentos vagos, atuava em serviços domésticos e seu perfil sócio econômico era de dois salários mínimos. Atualmente, permanece a maior parte do tempo em casa, assistindo a programas televisivos. Essas informações estão descritas abaixo, no quadro 9. A coleta das informações do participante ocorreu em 19/11/2014.

Quadro 9- Dados de identificação do Participante 6

Nome	GB
Idade	59 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Médio incompleto
Profissão	Motorista
Rotina Pregressa	Atuava como condutor de veículos e realizava serviços domésticos
Rotina Atual	Permanece a maior parte do tempo em casa, assistindo TV

3.1.7 Participante 7

A sétima participante se encontra submetida ao Programa de Internamento Domiciliar. Ela deu entrada no HGVC em 29/09/2014 (mesma data em que sofreu um AVC, do tipo hemorrágico (AVCh), devido a um aneurisma). Em 15/12/2014, foram coletados os seus dados para esta pesquisa. MG tem 60 anos e cursou até o Ensino Fundamental. Antes da lesão, a participante era muito dinâmica, lia bastante, escrevia receitas de alimentos e era ambidestra²⁸. Posteriormente à lesão, no seu dia a dia, a participante permanece, prioritariamente, em casa. Os seus dados estão descritos no quadro 10.

Quadro 10- Dados de identificação do Participante 7

Nome	MG
Idade	60 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental
Profissão	Dona de casa
Rotina Pregressa	Lia bastante; Escrevia receitas de alimentos;

²⁸Participante escrevia com as duas mãos, como também realizava suas atividades de rotina.

	Era ambidestra
Rotina Atual	Permanece mais em casa

3.1.8 Participante 8

O oitavo participante também submetido ao Programa de Internamento Domiciliar, deu entrada no HGVC devido a um AVC isquêmico, no dia 29/04/2013. Os dados para esta pesquisa foram coletados em 30/08/2014. DA, 63 anos, cursou até o 3º ano do Ensino Médio, por meio de supletivo. Antes da lesão, ele era motorista de ônibus e seu perfil sócio-econômico era de 3 salários mínimos. Posteriormente à lesão, o participante encontra-se acamado. Os seus dados estão descritos no quadro 11.

Quadro 11- Dados de identificação do Paciente 8

Nome	DA
Idade	63 anos
Grau de Escolaridade	Ensino Médio completo
Profissão	Motorista de Ônibus
Rotina Progressa	Dirigia ônibus intermunicipais
Rotina Atual	Permanece acamado

4 A RELAÇÃO DE COMPATIBILIDADE ENTRE O DIAGNÓSTICO MÉDICO (ÁREA LESIONADA) E A CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS, SEGUNDO LURIA E JAKOBSON

4.1 ANÁLISE DOS DADOS DOS PARTICIPANTES

Nesta seção, apresento, após a identificação de cada sujeito, o diagnóstico clínico, a classificação da afasia, realizada por meio dos achados linguísticos, segundo Luria e Jakobson e, posteriormente, a correlação entre a classificação da afasia com a área lesionada. O que se pretende com essa correlação é averiguar se os sintomas linguísticos analisados são compatíveis com a teoria descrita.

3.1.1 Participante 1

Ao avaliar a primeira participante, BP, em 20/08/2014, exatamente dois meses após a ocorrência do AVCh, o qual lesionou a artéria da comunicante anterior, observei que ela não apresentava alterações na musculatura orofaríngea, nem paralisia de membros como sequelas.

Para avaliar as alterações funcionais em indivíduos decorrentes de alterações neurológicas, utilizei a escala de Barthel. A pontuação atingida foi a de 45 pontos, determinando, assim, que o grau de dependência desta paciente era grave, conforme demonstra o quadro 12.

A escala, como descrita na metodologia, apresentou alguns pontos de fragilização, como, por exemplo, mensurar em 0,5 ou 10 pontos para a habilidade de se alimentar, resumindo esta capacidade apenas ao fato da participante não conseguir passar a manteiga no pão, ou cortar a carne. No caso de BP, que apresentou disfagia (dificuldade de deglutição ao sólido), apenas eram-lhe servidos alimentos pastosos homogêneos (triturados e peneirados).

Esta condição imposta para se alimentar sem risco de aspiração não tornava necessário o uso da faca, já que o alimento vinha nesta consistência e a mesma tinha uma boa habilidade com a colher, conseguindo se alimentar muito bem. Mas, uma vez que a escala apresenta uma configuração de um teste objetivo, esta não apresenta alternativas que se adequassem à sua realidade, neste contexto.

Quadro 12- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 01

Tipo de Lesão	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
---------------	--

Data da Lesão	20/06/2014
Local de Lesão	Artéria da Comunicante Anterior, anatomicamente situada próxima aos ramos que nutrem o hipotálamo e os lobos frontais.
Tipo de afasia (baseado na classificação de Luria)	Afasia Motora Eferente
Condições Gerais de Saúde	Não apresenta paralisia; Musculatura orofaríngea dentro dos padrões de normalidade

A figura 7 retrata a imagem computadorizada, na qual é possível observar que a área do cérebro lesionada é a área comunicante anterior.

Figura 7- Tomografia Computadorizada do Paciente 1



A figura 8 apresenta a conclusão do laudo médico, com impressão diagnóstica “compatível com hemorragia subaracnóidea, por provável ruptura de aneurisma da comunicante anterior”.

Figura 8 - Laudo Médico do Paciente 1

Impressão Diagnóstica:

- Aspecto tomográfico compatível com hemorragia subaracnóidea por provável ruptura de aneurisma da comunicante anterior.

Após a apresentação do diagnóstico clínico, apresentaremos as análises realizadas sobre as produções linguísticas de BP. A amostra de fala da participante foi obtida por meio de conversa espontânea, na residência da participante, juntamente com a pesquisadora.

Quadro 13- Manifestações linguísticas do Participante 1.

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
Pesq.	1	-Me fala, como a senhora está?		
BP	2	-Bem		
Pesq	3	- E você, tem feito o que esses dias?		
BP	4	-Eu est pouc de:: dificul..cul..cul.. ()..tô um pouco de sabe o que didididi...() de:: dificult...cul..		Participante utilizou de gestos e expressões faciais na tentativa de expressar sua fala.
Pesq	5	-Com dificuldade		
BP	6	-De:: de de...		Participante leva a mão à boca para realizar o gesto simbólico da palavra “falar”
Pesq	7	-E a senhora está fazendo o que para se comunicar?		
BP	8	- ()		BP faz tentativas de produção oral, mas não consegue.
BP	9	-		Posteriormente,

		Co..co..co..co..Comer		consegue a emissão
Pesq	10	-Comer?		A cuidadora afirmou que ela se comunica quando quer comer alguma coisa.
BP	11	-É		
BP	12	- ()		BP produz fala ininteligível
Pesq	13	- A senhora trabalhava na roça?		
BP	14	-Ro::ça!, Roça, roça,roça	Tom de exclamação associada a risos	Repetiu várias vezes a palavra “roça”, bem sorridente.

Após a avaliação realizada por meio de conversa espontânea (quadro 13), foi realizada a classificação da afasia de BP segundo os parâmetros de Luria (1981), já descritos anteriormente. Podemos observar em sua produção que BP apresentou dificuldade em passar de uma articulação para outra, ou seja, o problema parece estar nos movimentos sequenciais elaborados, como Luria (1981) prefere chamar de “melodias cinéticas”. Nestes casos, o processo de deservação do articulema precedente e a passagem suave para a seguinte ficam alterados, resultando na dificuldade de produção de palavras e frases, como ocorreu com BP, na produção da palavra “dificuldade”. A sua produção envolveu, aparentemente, uma perda da organização da fala, associada à dificuldade de programação dos seus enunciados, embora a distinção de significação dos fonemas estivesse preservada. Outra característica na afasia motora eferente é a redução do uso de pronomes e conectivos, ficando a fala reduzida a nomes e verbos. Essa dificuldade é conhecida como estilo telegráfico. A partir dessas características, pode-se concluir e classificar essa alteração de linguagem como uma afasia motora eferente, segundo os pressupostos de Luria (1981). Em relação à produção de BP, no que diz respeito à produção em estilo telegráfico, é preciso fazer uma ressalva. Na linha 14, ela produz “Ro::ça!!!, roça, roça,roça!”, em resposta à pesquisadora sobre onde ela trabalhava. À primeira vista, esta produção pode aproximar-se do “estilo telegráfico”, mas, considerando as condições de produção de BP, observa-se uma situação de ênfase e de felicidade, resultando na emissão repetida por três vezes. Assim, esta produção não foi considerada telegráfica.

Ainda reafirmando esta posição, podemos observar, na linha 4, que BP utiliza elementos de ligação, como o pronome “Eu”, a preposição “de” e a locução adverbial “um pouco”; isso só vem confirmar o fato de que ela não faz uso de estilo telegráfico, embora utilize, na linha nove, somente a palavra “comer” para explicar quando quer comer. Podemos considerar que o afásico pode apresentar variabilidade, podendo se mostrar mais afásico ou menos afásico, a depender das situações contextuais.

A partir das análises de Jakobson (2003), podemos tentar concluir que em relação à produção de BP, a dificuldade para articular a palavra “dificuldade”, de acordo com o autor, está vinculada à alteração no eixo sintagmático, ou seja, na combinação, o que a faz hesitar muitas vezes em sua fala, até conseguir pronunciar a palavra desejada. Dessa forma, a afasia eferente é interpretada pelo autor como um problema na estruturação fonológica das palavras que compõem o código.

Em relação à divergência ou não da área lesada, classificada como afasia, neste caso, não há como avaliar, pois não sabemos a extensão do dano causado pela hemorragia. Mas, de qualquer modo, como a hemorragia está localizada na região anterior, podemos considerar que os achados linguísticos estão compatíveis, pois a denominação de afasia motora eferente resulta, para Luria (1981), de lesões na parte anterior do lobo frontal.

3.1.2 Participante 2

Após a cirurgia da retirada do tumor, FN não apresentou paralisia em membros superiores e inferiores, não teve assimetrias labiais, nem alteração na musculatura orofaríngea. No dia 26/08/2014, foi realizada a avaliação do grau de dependência do participante, por meio da escala de Barthel, aliada às observações da fisioterapeuta do Programa da Internação Domiciliar e complementada por observações da cuidadora. Observou-se que, pela escala, o participante atingia 100 pontos, ou seja, não há nenhum grau de dependência do indivíduo com o meio no qual está inserido.

Quadro 14- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 2

Tipo de Lesão	Tumor Cerebral
Data da Lesão	Dezembro de 2013
Local de Lesão	Temporoparietal
Tipo de afasia (baseado na classificação de Luria)	Afasia Motora Aferente
Condições Gerais de Saúde	Sem déficits focais

	<p>Musculatura orofaríngea dentro dos padrões de normalidade</p> <p>Presença de dentes inferior e superior</p>
--	--

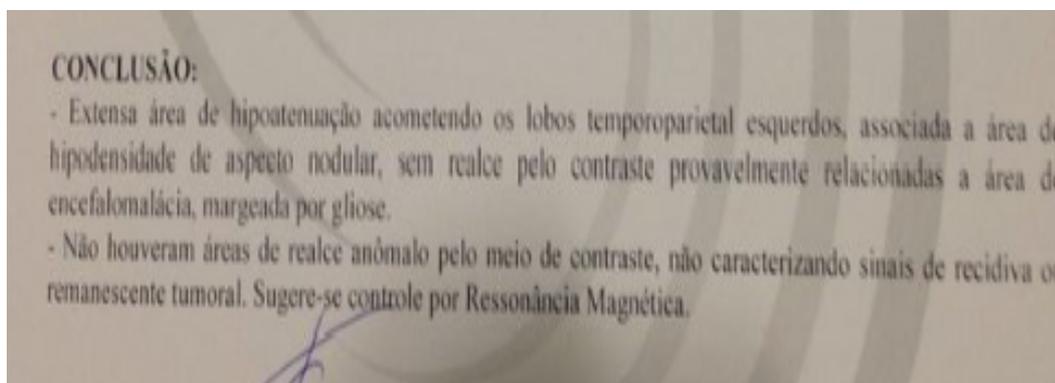
A figura 9 apresenta a imagem computadorizada na qual é notada a área do cérebro onde o tumor se encontra, região temporoparietal no hemisfério esquerdo. O tumor maligno foi diagnosticado no mês de dezembro, de 2013.

Figura 9 - Tomografia computadorizada do Participante 2



A figura 10 apresenta a conclusão do laudo médico, localizando a lesão que abrange uma “extensa área de hipodensidade acometendo os lobos temporoparietal esquerdos, associada à área de hipodensidade de aspecto nodular”.

Figura 10 - Laudo médico do Participante 2



Para a descrição das manifestações linguísticas, foi estabelecido um diálogo entre a pesquisadora e F.N. No quadro 15 é apresentada uma conversa espontânea da participante (F.N.) com a autora da pesquisa (Pesq).

Quadro 15- Manifestações linguísticas do Participante 2

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
Pesq.	1	-Quantos anos você tem?		
FN	2	- Ééééé:::tr...tri...dr...dr..tr...		Participante contando nos dedos, até chegar ao número três.
Pesq	3	-Trinta?		
FN	4	-Ééééé::: trin-ta... um..do-is... três...qua-tro...cinco..se-is..... Trin-ta e se-is		FN conta, novamente, os numerais na mão, para concluir o seu raciocínio e emitir o “seis”
FN	5	- Fut... fut..bol!!Futebol!!	Tom de exclamação	Durante a conversa, passou na TV a frase “Brasileiros brilham na Europa”, e o participante verbalizou “futebol”, na tentativa de demonstrar a reportagem da seleção brasileira na televisão
FN	6	-Bra....Bra...Bra-sil... Bra-si-re-iros... Bra-si-leiros		Depois de quase 15 minutos tentando verbalizar a palavra “Brasileiros”, com ajuda de pistas dadas pela pesquisadora, o participante consegue

				emitir a palavra
FN	7	- La..la..		FN emite “la”, na tentativa de produzir “na”
Pesq	8	-Sente o som no nariz		Pesquisadora dá a pista de ressonância nasal, pedindo para FN colocar a mão no nariz, para sentir a vibração.
FN	9	-Na...		FN consegue emitir “na”

A produção laboriosa de FN e a dificuldade em selecionar os sons semelhantes nos levaram a classificar a sua afasia como motora aferente. Luria (1981) considera que este tipo de afasia é ocasionada por lesão na porção inferior do giro pós central, zona secundária do córtex parietal sensorial, e apresenta como característica em sua produção de linguagem dificuldades em mudar de uma posição articulatória para outra. O autor assinala que quanto maior for a extensão da palavra, como as polissílabas, maior a sua dificuldade em produzir o enunciado. Esta característica ficou bem visível quando FN tentou emitir a palavra “brasileiro”, palavra encontrada na linha 6 do quadro 15. A troca da líquida lateral [l] pelo tepe demonstra a dificuldade que o participante tem de encontrar o ponto, já que um fonema se distingue do outro por apenas um traço (+/- lateral). Esta situação também é observada na palavra “trinta”, encontrada na linha 2, onde o participante, em sua produção, alternou o [d] pelo [t] na sílaba “tri”, neste caso, os dois fonemas são plosivos, quanto ao modo, e coronais, quanto ao ponto (Yavas, 1980), distinguindo-se apenas pela sonoridade.

Para Jakobson (2003), as dificuldades apresentadas por FN estariam relacionadas ao eixo de seleção, ocasionando o que o autor denomina Distúrbio de Similaridade. Outra situação compatível com este Distúrbio é a dificuldade de iniciar diálogos, que também é demonstrada na linha 4, quando a pesquisadora dá a pista da primeira palavra “trinta”, descrita na linha 3, e o participante consegue criar uma estratégia (emitindo os números até sua idade desejada), continuando com maior facilidade a conversa. Segundo Jakobson (2003), sua linguagem é reativa, dependente do contexto, e a sua dificuldade em selecionar fica visível na escolha do fonemas.

Em relação à classificação da afasia e sua convergência com a área lesada, podemos considerar que, no caso do sujeito FN, há uma compatibilidade em relação à lesão, à classificação e aos achados linguísticos (Afasia Motora Aferente).

4.1.3 Participante 3

A participante teve um AVC, em 03 de janeiro de 2014, o qual gerou uma lesão na região fronto-parietal, no hemisfério esquerdo. Dentre as suas habilidades linguísticas, a participante verbalizava, tinha uma boa compreensão tanto em frases simples, como complexas, mas apresentava dificuldades na produção articulatória de sons próximos. O quadro 16 demonstra a avaliação das suas atividades diárias, as quais, pela escala de Barthel, totalizaram 100 pontos, isto é, sem grau de dependência do outro. Além disso, ela não apresentou assimetria facial, alterações na musculatura orofaríngeas e nem paralisia de membros como sequela.

Quadro 16- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 03

Tipo de Lesão	AVC Isquêmico
Data da Lesão	03/01/2014
Local de Lesão	Área Frontoparietal Alta do Hemisfério Esquerdo
Tipo de afasia (baseado na classificação de Luria)	Afasia Motora Aferente
Condições Gerais de Saúde	Sem déficits focais; Musculatura orofaríngea dentro dos padrões de normalidade; Presença de dentes inferior e superior

A conclusão do laudo médico com impressão diagnóstica é de “múltiplos focos com sinal em T2/Flair de restrição à difusão da água na topografia da substância branca dos centros semi-ovais bilateralmente, na topografia subcortical, com pequena área de hiperssinal em T1 giriforme, na região frontoparietal alta”²⁹.

²⁹Participante faleceu durante as análises de dados. A ressonância não foi disponibilizada pela família.

Para a descrição das manifestações linguísticas, foi estabelecido um diálogo entre a pesquisadora e ML. No quadro 17 é apresentada a conversa da participante com a pesquisadora (Pesq).

Quadro 17- Manifestações linguísticas do Participante 3

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
M.L.	1	-Fiquei ontem, chorei ontem, fiquei bastante (norvosa) -Fiz outros exames atavéis -Outros é mais, ressonanci/a... éééé::aaaa ::	Tom de exclamação associado, aparentemente, ao estado de ansiedade	Participante estava relatando o seu nervosismo, durante a realização dos exames. Para a palavra nervosa, ela produziu “norvosa”, e para “através” produziu o “atavéis”. Na palavra “ressonância”, a participante alterou a tonicidade da palavra ressonância, transformando a palavra paroxítona em oxítona
M.L.	2	-Meus quarto estavam com remédios... éééé::		ML, antes da lesão, pronunciava o [r] em final de dissílaba, dentro da palavra, como uma fricativa velar. O /r/ da palavra, e pós lesão começou a produzi-lo como retroflexo.

Pesq	3	-Foi ontem?		
M.L.	4	- Eu mesmo bastante muito cansada, com calva dê... calva de (), queria (remultar), (regastar), porque os remédios são muitos caros. Pra tomar a quatro em quatro “quantia”	Tom de exclamação associado, aparentemente, ao estado de ansiedade	A participante, ao pronunciar “remultar”, “regastar”, parecia, aparentemente, que querer dizer “economizar”, já que toma o remédio de quatro em quatro horas.
M.L.	5	-Eu (dementia) dos remédios da hora certa - Quando não consigo (gornacerar) -Eu não consigo, prazer, organizaria com os remédios, são muito caros.		Participante produz “dementia”, para emitir, aparentemente, a palavra “dependia”. Participante produz “gornacerar”, para emitir, aparentemente, “organizar”

A afasia motora aferente apresenta, como principal característica, segundo Luria (1891), a dificuldade de posicionar os órgãos fonoarticulatórios, devido à falha do retorno cinestésico, ocasionando dificuldade nos sons próximos. Esta situação é bastante recorrente em ML. Isso pode ser observado na linha 5, quando ela produz “dementia” para a palavra “dependia”. A troca do [m] justifica-se, uma vez que as duas apresentam o mesmo ponto de articulação bilabial, mas diferenciam-se pelo modo, [m] é nasal e [p] é oclusiva. ML também apresentou, na mesma palavra, dificuldade na distinção de sonoridade do [d] (sonoro) pelo [t] (surdo), pois ambos são plosivos, quanto ao modo, e coronal, quanto ao ponto. Para Jakobson (2003), esta troca é definida como parafasia literal.

ML apresentou também outra parafasia literal, encontrada na produção da palavra “causa”, a qual ela produzia “calva”, descrita na linha 4. A troca do [s] (coronal) pelo [v] (lábio-dental) está vinculada à troca do ponto de articulação, ao grau de sonoridade [s] (surda) e [v] (sonora), mesmo sendo ambas fricativas.

A participante produziu também parafasia semântica, quando produziu quantia no lugar de hora. Ao observar a troca da palavra “hora” e “quantia” podemos considerar que

ambas têm a mesma função de indicar a ideia de quantidade. Esta troca de uma palavra para outra palavra, as quais possuem uma relação semântica, é bem característica do distúrbio da similaridade.

Na mesma linha 05, como descrita anteriormente, ML emitiu a palavra [gornacerar] para “organizar”. Esta alteração no nível morfológico está vinculada às dificuldades em selecionar e organizar a palavra como um todo (dificuldade tanto na seleção, quanto na combinação). ML apresentou, também, alguns prolongamentos (evidenciados na linha 01 e 02) nas vogais que, associados às dificuldades de seleção, podem causar disfluência, como foi observado nas linhas 3 e 4. A presença destas repetições e prolongamentos de vogais, como o /e/ e /a/ produzidas pela participante rompeu, muitas vezes, o fluxo natural das sequências de palavras e da construção de frases, interferindo na sua significação .

Para Jakobson (2003), na afasia motora aferente, encontramos alterações na seleção, ocasionando alterações na codificação linguística. O transtorno residiu nos esquemas seletivos de articulação, tanto ao nível de sons isolados, como de palavras e frases. E essa característica era presente em ML.

Um fato muito interessante na produção de ML foi uma compensação utilizada para facilitar a produção articulatória do /r/, em situação de final de sílaba e em final de palavra, como, por exemplo, na palavra “quarto”. Como ML não conseguiu a produção, passou a produzir o /r/ como um retroflexo. ML utilizava esta compensação, conscientemente, para facilitar a produção. Essa realização fonológica fazia com que a sua fala apresentasse uma caracterização diferenciada, como se fosse uma estrangeira.

Outra situação peculiar da fala de ML foi a questão da tonicidade. Para a palavra “ressonância”, ML produziu “ressonância”. Esta também pode ser considerada uma situação de compensação, pois sabemos que as palavras de maior extensão são as mais difíceis para pacientes afásicos, e a mudança na acentuação faz com que ela consiga pronunciar toda a palavra. Este fato também contribuiu para que sua fala se assemelhasse à de um estrangeiro.

Para Coudry (2010), o papel interpretativo não se resume em sua definição, mas em entender a intenção comunicativa da locutora, nos seus aspectos pragmáticos e discursivos. Com isso, a relação entre atividade do falante e língua não é exclusividade de certas classes de signos, mas, segundo a autora, elas se constituem por meio da subjetividade da língua. E é por essa escolha que o sujeito se constitui, já que a importância para a língua está voltada para seu funcionamento e não para as regras.

Em relação à classificação da afasia e sua convergência à área lesada, consideramos que ML apresenta lesão na área frontoparietal. Entretanto, a sua manifestação linguística seria

condizente, segundo Luria (1981), com uma lesão posterior, para a qual seria esperada somente uma lesão na área posterior, e não na área frontal. Neste sentido, há uma divergência em relação à topografia da lesão. As características da fala de ML estão condizentes com a lesão posterior, não apresentando características de lesão da região anterior.

4.1.4 Participante 4

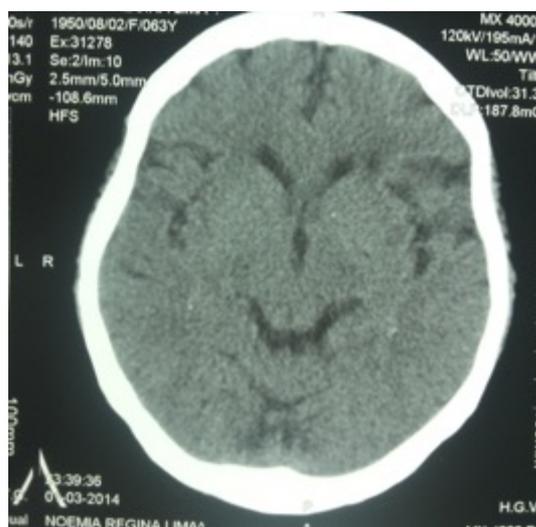
NR foi acometida por uma lesão cerebral, ocorrida no hemisfério esquerdo, em 08 dezembro, de 2013, devido ao AVC. Ela apresentou como alterações, uma paresia em dimidio à direita, com uma leve assimetria à direita, vertigem e piora na visão, mas sem alterar a sua musculatura orofaríngea. A participante, segundo os resultados obtidos pela escala de Barthel, apresentou 50 pontos, demonstrando um grau moderado de dependência do outro.

Quadro 18- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 4

Tipo de Lesão	AVE Isquêmico
Data da Lesão	08 de dezembro de 2013
Local de Lesão	Lobo parietal esquerdo
Tipo de afasia (classificação de Luria)	Afasia semântica
Condições Gerais de Saúde	Dimidio à direita; Leve assimetria à direita; Musculatura orofaríngea intacta; Não fazia uso de dentadura nem inferior e nem superior

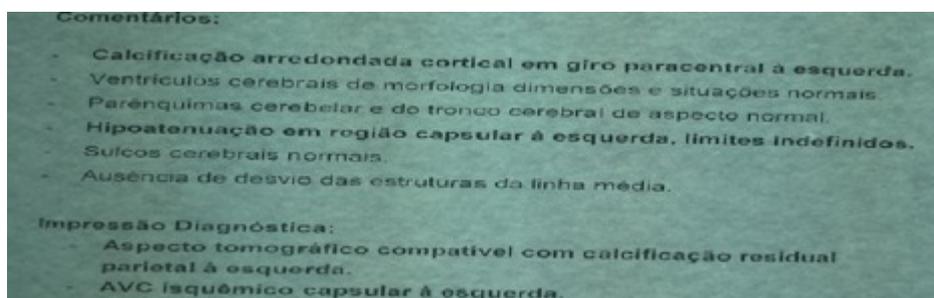
O quadro 18 demonstra, através da tomografia computadorizada, o local da lesão sofrida pela participante, localizada na região parietal no hemisfério esquerdo.

Figura 11 - Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 4



A figura 12 descreve o laudo médico, o qual comenta a “calcificação arredondada cortical em giro paracentral à esquerda, com hipotenuação em região capsular à esquerda, limites indefinidos”, concluindo a sua impressão diagnóstica como “compatível com calcificação residual parietal à esquerda”.

Figura 12 - Laudo médico do Participante 4.



Para classificar a afasia, foram analisados diálogos de fala da participante (NR) com a pesquisadora (Pesq), retratada no quadro 19.

Quadro 19- Manifestações linguísticas do participante 4

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal

Pesq	1	-Bom dia N., que dia é hoje?		
NR	2	-Domingo		Quarta-feira era o dia correto
Pesq	3	- Hum..Qual a mão que a senhora está com a caneta, direita ou esquerda?		Participante pegou a caneta com a mão direita
NR	4	-Esquerda		
Pesq	5	- E o que é isso aqui Dona N?		Pesquisadora apontava para a caneta que estava em sua mão
NR	6	- Caneta		Falou, prontamente
Pesq	7	-E isso?		Pesquisadora apontava para o rádio que estava em cima do sofá
NR	8	-Rádio		
Pesq	9	- E qual o nome do objeto que toca música?		
NR	10	-Sei não		
Pesq	11	-Que linda sua passadeira, quem colocou em você		Participante fazia uma expressão, como se não lembrasse o nome da filha e chorava
Pesq	12	- E essa bolachinha com café, quem comeu?		
NR	13	-Eu		
Pesq	14	- Então me fala, durante a semana você permanece mais		

		em casa, mas finais de semana você passeia com sua filha e seu marido?		
NR	15	- O que? Não entendo		Participante fazia uma expressão, como se não lembrasse o nome da pessoa e chorava
Pesq	16	- Então, vamos tentar montar o quebra-cabeça...		
NR	17	- Não consigo...		Participante fez uma expressão de tristeza, e não conseguia encaixar as peças

Pessoas com lesões na região parietal esquerda apresentam dificuldades na compreensão, de uma forma geral; não possuem mais a habilidade para encaixar estruturas e demonstram dificuldades temporo-espacial, não distinguindo, especificamente, direita e esquerda. Essa característica de confusão, em relação às noções de direção, foi observada quando a pesquisadora a interrogou em qual mão estava a caneta, e NR respondeu que estava à esquerda, sendo que o objeto se encontrava na mão direita. A justificativa para este distúrbio é que as excitações partem das esferas visual, vestibular e cinestésica e que, neste caso, fez com que ela apresentasse uma confusão em relação aos seus aspectos de lateralidade (LURIA, 1981).

A questão da resposta “domingo”, para o dia da semana, em que a resposta correta seria quarta-feira, não será considerada neste momento como erro, pois sabemos que a pessoa, pós AVC, ou mesmo outra patologia na qual ela tenha que permanecer em casa, fora de uma rotina de trabalho, é levada a confundir os dias da semana, pois todos os dias parecem apresentar a mesma característica. Outra questão é que, apesar de NR ter confundido o dia da semana, ela apresentou uma boa compreensão para o entendimento frasal na ordem (sujeito + verbo + complemento).

Foi possível observar dificuldades de compreensão nas estruturas lógico-gramaticais complexas, quando a pesquisadora perguntou: “durante a semana, você permanece mais em

casa, mas, nos finais de semana, você passeia com a sua filha e o seu marido?” e NR não apresenta resposta para tal, demonstrada na linha 14. A conjunção adversativa “mas”, apresentada pela pesquisadora na linha 14, expressa a ideia contrária entre a primeira frase (durante a semana, permanece mais em casa) e a segunda (nos finais de semana, passeia com a sua filha e o seu marido), esse fato pode ter dificultado o entendimento da oração pela participante, já que essa alteração pode prejudicar a percepção de estruturas espaciais simultâneas, transferindo esta alteração para um nível simbólico.

Outra característica descrita por Luria (1981) é a dificuldade de nomeação e recordação de palavras desejadas. Jakobson (2003), também propõe que quando um dos signos sinonímicos estiver presente (que, neste caso, caracterizou-se por mostrar a caneta com o dedo - na linha 5, e, também, por apontar para o rádio- na linha 7), o outro signo se tornará redundante, e, conseqüentemente, excessivo. Isso ocasionará na perda do seu nome: um signo verbal é substituído por um signo pictural. Mas esta peculiaridade, aparentemente, não foi percebida na participante NR, pois ao perguntar o nome dos objetos propostos de uma forma direta e apontá-los, ela respondeu sem dificuldades.

Em relação à convergência da lesão com os achados linguísticos, podemos considerar que, no primeiro momento, não há divergência em relação aos achados linguísticos e a área da lesão, porém devemos considerar que a amostra de fala do participante NR é restrita.

4.1.5 Participante 5

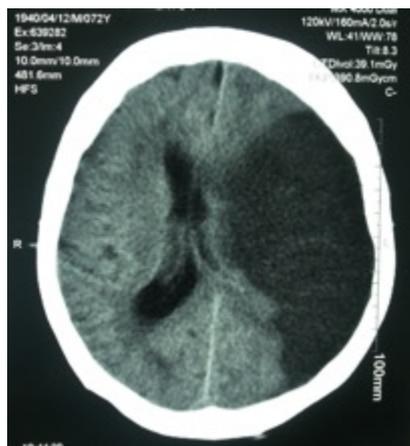
O quadro 20 descreve os dados gerais relacionados à lesão cerebral, os quais, neste caso, são: o tipo de lesão (AVCi), o tempo de lesão (maio de 2013), o local lesionado (no hemisfério esquerdo, situado temporo-parieto-ocipital). Como consequência do dano, a participante apresenta paresia em dimídio à direita, com uma leve assimetria à direita, sem alterações na sua musculatura orofaríngea. A escala de Barthel também foi utilizada para a avaliação das atividades diárias da participante, totalizando 05 pontos, o que demonstra um grau severo de dependência do outro. Essa avaliação permite o acompanhamento evolutivo da participante, com debates e trocas de informações da equipe multiprofissional, principalmente, porque o nível de dependência do participante é alto e cada progressão permite novos meios de acesso para a estimulação da linguagem.

Quadro 20- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 5

Tipo de Lesão	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
Data da Lesão	Maior de 2013
Local de Lesão	Área temporo-parieto-occipital
Tipo de afasia (classificação de Luria)	Afasia Dinâmica/ Eferente
Condições Gerais de Saúde	Paresia em dimidio à direita; Assimetria à direita leve; Musculatura orofaríngea dentro dos padrões de normalidade

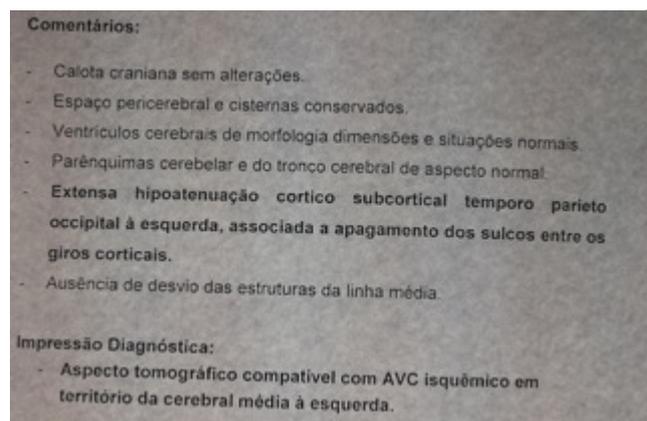
A figura 13 retrata a imagem computadorizada, na qual pode ser observada em que área do cérebro lesionada é a área temporo-parieto-occipital.

Figura 13 - Tomografia Computadorizada do Participante 5



A figura 14 descreve o laudo médico, o qual comenta a “extensa hipotenuação cortico subcortical temporo parieto occipital à esquerda, associada ao apagamento dos sulcos entre os giros corticais”, concluindo a impressão diagnóstica compatível com AVC Isquêmico média à esquerda.

Figura 14 - Laudo médico do Participante 5



Para a conclusão do tipo de afasia, foram colhidas informações através da fala espontânea do participante (AS) com a pesquisadora (Pesq), demonstrado o quadro 21.

Quadro 21- Manifestações linguísticas do participante 5

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
Pesq	1	-Me fala como a senhora está?		
AS	2	-Apaga a luz... Apaga a luz... Apaga a luz... Apaga a luz...		Estereotipia juntamente com expressão gestual de sorriso, pega a mão da participante e beija
Pesq	3	- E você tem feito o que esses dias?		
AS	4	- Apaga a luz... Apaga a luz... Apaga a luz... Apaga a luz...		
Pesq	5	-Vamos pintar?		Balança a cabeça positivamente e pega pincel
AS	6	-()		
Pesq	7	-Pinta pra mim o pato		Como a participante vivia na roça e estava em convívio constante com animais (inclusive o pato), foi trabalhado a pintura de animais, como

				pato, em uma folha de papel em branco
AS	8	- ()		Balança a cabeça positivamente e pega pincel
Pesq	9	-Boa noite		Momento em que a pesquisadora estava se despedindo da participante para ir embora.
AS	10	-Te..		
Pesq	11	-Boa noite		Participante repete e olha fixamente com a leitura orofacial bem visível
AS	12	- Te.....		

AS apresenta dificuldade em iniciar e manter uma conversação, dificuldade em traduzir o pensamento em palavras e desintegração da organização em série da melodia cinética (movimentos sequenciais elaborados), não consegue produzir palavras. Algumas vezes, parece não ter consciência dos seus erros, mas, outras vezes, parece compreender os comandos dirigidos a ela, pois acena positivamente com a cabeça e reconhece a terapeuta sorrindo para ela. AS utiliza, sistematicamente, a estereotipia “apaga a luz”. Tais dificuldades podem estar vinculadas à perda do controle sobre as suas ações e dificuldades na programação e regulação de suas ações.

Essas características são compatíveis com a descrição tanto da afasia dinâmica, iniciativa e escassez de output, quanto da afasia motora eferente, a qual pode ocasionar desintegração da organização dos morfemas, sílabas e palavras envolvidas nos gestos articulatorios, de acordo com Luria (1981). Para Jakobson (1969), esta desintegração afeta a codificação de sequencia e combinação sucessiva das sequencias temporais (passagens de um elemento para o outro nos sistemas morfológicos e fonológicos). Para o autor, estas duas afasias estão relacionadas, sendo que Jakobson (1969, p.223) considera que: “compara à afasia eferente, a afasia dinâmica é simplesmente uma forma atenuada do transtorno de combinação”.

Para Jakobson (2010, pág.51) a afasia do tipo contiguidade, “tende a reduzir o discurso a pueris enunciados de frases e até mesmo de frases de uma só palavra, apenas algumas frases mais longas estereotipadas “feitas” consegue sobreviver”.

Por sua vez, Luria (1981) defende que essa afasia é ocasionada por lesões no lobo frontal, sendo que a participante tem como laudo médico lesão em região temporo-parieto-occipital. Conclui-se, assim, que há uma divergência entre a manifestação linguística e a localização da lesão. Neste sentido, verifica-se o quanto é importante descrever o sujeito pela sua manifestação linguística, pois, assim, os fenômenos linguísticos passam a ter visibilidade, principalmente, pela contribuição de Jakobson. As abordagens localizacionistas começaram a ser questionadas e verificamos que, em alguns casos, há divergências entre a lesão apresentada e a manifestação de linguagem, como é o caso desta participante.

4.1.6 Participante 6

O AVE classificado é do tipo isquêmico com lesão em região fronto-temporo-parietal esquerdo, como demonstrado no quadro 22. Esta lesão ocasionou déficit na sua linguagem classificando-a como afasia eferente. Além desta alteração, ele tem uma paresia dimidio à direita, assimetria labial, com hipotonicidade da musculatura. Para a avaliação do grau de independência às atividades diárias, foi utilizada a escala de Barthel, que totalizou na sua pontuação 45 pontos, classificando seu grau de dependência como grave. Esta escala contribui com a equipe multidisciplinar do tratamento terapêutico, na percepção da evolução e conquistas do indivíduo, mas, também, traz algumas dificuldades, por ser um protocolo, como, por exemplo, o item 5 e 6, os quais, neste caso, o mesmo utilizava o dispositivo para incontinência urinária tipo preservativo, e a fralda para defecar.

Mas estes meios alternativos não eram utilizados pela falta de controle do esfíncter, e, sim, pela falta de capacidade de se locomover até o banheiro, o que tornou muito difícil o encaixe da resposta já apresentada pela realidade vivida pelo sujeito.

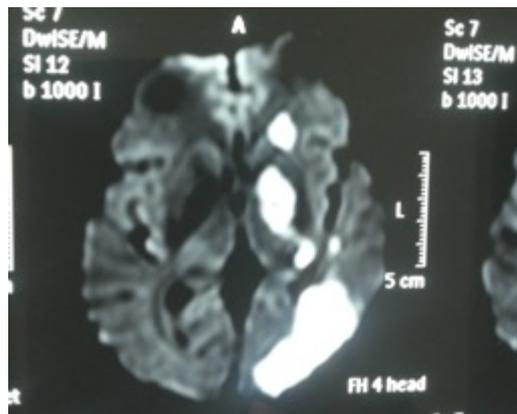
Quadro 22- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 6

Tipo de Lesão	AVE Isquêmico
Data da Lesão	08 de julho de 2014
Local de Lesão	Fronto-temporo-parietal esquerdo
Tipo de afasia (classificação de Luria)	Afasia Eferente

Condições Gerais de Saúde	Dimídio à direita Assimetria à direita Hipotonicidade da musculatura orofaríngea
---------------------------	--

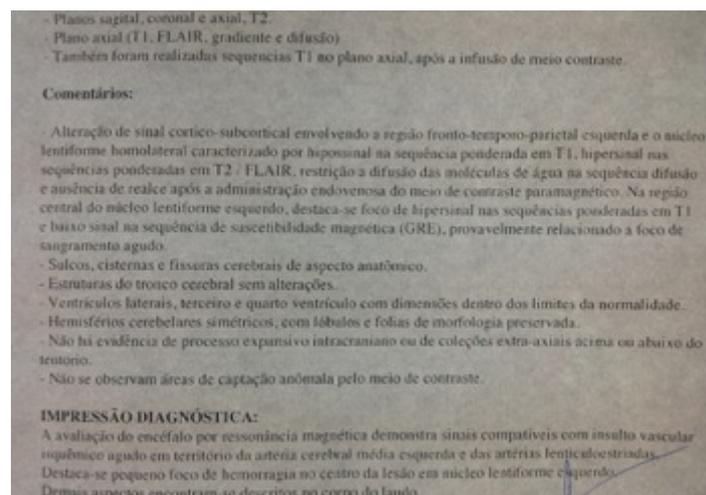
A figura 15 demonstra, na ressonância computadorizada, o local da lesão sofrida pelo participante, na região fronto-temporo-parietal no hemisfério esquerdo.

Figura 15- Ressonância computadorizada do Participante 6



A figura 16 descreve o laudo médico, o qual comenta a “alteração de sinal cortico-subcortical, envolvendo a região fronto-temporo-parietal esquerda e o núcleo lentiforme homolateral, caracterizado por hipossinal na sequência ponderada em T1, hipersinal nas sequências ponderadas em T2/FLAIR, restrição a difusão das moléculas de água na sequência difusão e ausência de realce após a administração endovenosa do meio de contraste paramagnético”, concluindo, na sua impressão diagnóstica, “com insulto vascular isquêmico agudo em território da artéria cerebral média esquerda e das artérias compatíveis com insulto vascular”.

Figura 16 - Laudo médico do Participante 6



Para classificar a afasia, de acordo com Luria (1981), foram observados diálogos de fala espontânea do participante GB com a pesquisadora (Pesq), retratados no quadro 23. Nesta conversa, foram realizadas perguntas sobre a sua vida pessoal e feitos alguns pedidos de comando simples.

Quadro 23- Manifestações linguísticas do Participante 6

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
Pesq	1	-Boa noite seu G.		
GB	2	-Tu		Utiliza a estereotipia “tutu”, para solicitar o que deseja, variando a curva melódica compatível o que deseja falar.
Pesq	3	- Quantos anos o senhor têm?		
GB	4	-TuTu		
Pesq	4	- D., seu filho, me pediu para vir aqui. Quantos filhos você tem?		
GB	5	- Tutu... tutu.. tututu.. tutu	Mudança de entonação	Contou nos dedos até quatro. O participante tem quatro filhos.

Pesq	6	-Hum...o senhor tem quatro filhos?		
GB	7	-Tu	Risos	Balançou a cabeça, aparentemente, em sinal de afirmação.
Pesq	9	- Eu já vou. Pega na minha mão para se despedir		O participante esticou a mão não paralisada para tocar a mão da pesquisadora.
Pesq	10	-Muito bem!		Ele tentou com maior esforço elevar a mão paralisada, e por fim conseguiu.

O participante reduz a atividade verbal à estereotipia “tu”, como demonstrado no quadro 23. Compreende-se que o lobo frontal tem grande participação na decodificação de sentenças complexas e um distúrbio nesta área, ainda que perturbe a compreensão de palavras, impedirá o entendimento de uma expressão complexa da fala do interlocutor, que, neste caso, é GB (LURIA, 1981). Na afasia motora eferente, há uma dificuldade que impede que se construa motoramente uma proposição, já que a coordenação dos movimentos voluntários se apresenta alterada.

Esta estereotipia apresentada pelo participante GB veio acompanhada de uma curva melódica; cada vez que o vocábulo “tu” era pronunciado, aparentemente, parecia ser a quantidade de palavras que o mesmo desejava falar. Estes processos de significação estão atrelados à vontade do sujeito de interagir, de superar e adaptar-se à sua nova situação, correlacionando sua atividade cognitiva e o seu funcionamento pragmático-discursivo. Por essas questões, também é possível perceber que, por meio de sua entonação, GB busca transmitir significação expressando as suas necessidades, pensamentos e sentimentos, mesmo com as restrições linguísticas em seu discurso.

Vários estudiosos vêm buscando estudar a relação das variações de entonação, que são produzidas na Estereotipia, em situação de comunicação. Para alguns autores, a estereotipia

pode vir associada à intenção comunicativa, variando o contorno entoacional, com certo grau de processamento controlado, a nível consciente e voluntário. Além de manter habilidades pragmáticas, como a alternância de papéis na conversação, o que torna a interação possível, apesar da ausência de elementos sintáticos e semânticos, como foi percebido neste indivíduo (COUTO, 2011).

As estereotipias não lexicais são compostas de sílabas com estruturas simples, como consoante-vogal (CV), como é o caso das produções de GB, ao emitir o “tu” (consoante e vogal). Geralmente, a consoante inicial é um fonema plosivo, podendo ser explicado, foneticamente, pela maior facilidade, em relação ao ponto de articulação (CODE, 1994). Esta relação entre os processos de significações e compreensão, mesmo com produção textual reduzida, favorece a comunicação da forma como o participante lida com a linguagem e com os demais processos que o constitui.

É importante citar, aqui, que, embora as estereotipias afetem mais de 20% de pacientes afásicos, os estudos à respeito da entonação na estereotipia, além de escassos, são discordantes entre si. Além disso, a grande maioria dos estudos que abordam as manifestações linguísticas nas afasias o fazem sob a ótica do funcionamento cerebral, e não sob a ótica dos aspectos linguísticos e comunicativos (COUTO, 2011). Este fato demonstra, novamente, a importância dos aspectos não verbais, na tentativa de evidenciar a compreensão do sentido do não dito, a sua relação da linguagem e percepção em seu aspecto discursivo (COUDRY, 2002).

Em relação à convergência da lesão com os achados linguísticos, podemos considerar que, aparentemente, não há divergência em relação aos achados linguísticos e a área da lesão, pois, neste caso, é preciso levar em conta a grande extensão da lesão.

4.1.7 Participante 7

O AVC hemorrágico desta participante ocorreu em 24 de setembro de 2014. O local lesionado foi a região fronto-temporo-parieto-occipital, no hemisfério esquerdo. Mesmo com essa lesão extensa, a participante conseguiu pronunciar algumas palavras, apresentou compreensão íntegra, embora apresentasse algumas estereotipias na fala. Além dessa alteração, ela também obteve uma paresia em dimídio à direita, com uma leve assimetria labial à esquerda. A escala de Barthel, totalizando 30 pontos, caracteriza como severa a dependência da paciente às atividades diárias. Essas informações estão descritas no quadro 24.

Quadro 24- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 07

Tipo de Lesão	AVCh
Tempo de Lesão	29/09/2014
Local de Lesão	Região fronto-temporo-parieto-occipital, à esquerda
Tipo de afasia (classificação de Luria)	Afasia Motora Eferente
Condições Gerais de Saúde	Paresia em dimídio à direita; Leve assimetria labial à direita

A figura 17 demonstra, na tomografia computadorizada, o local da lesão sofrida pelo participante, identificada nos lobos fronto-temporo-parieto-occipital à esquerda³⁰.

Figura 17 - Tomografia computadorizada do Participante 7



Para classificar a afasia como motora eferente, de acordo com Luria (1981), foi realizada uma tentativa de conversa espontânea entre o participante M.G.S. e a pesquisadora, para embasamento da classificação da afasia.

Quadro 25- Manifestações linguísticas da Participante 7

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação	Descrição de alguns acontecimentos relevantes durante a fala espontânea

³⁰Laudo descrito pelo seu médico, não sendo possível scanear o laudo, pois este laudo encontrava no sistema do seu médico.

			verbais	
Pesq	1	- Oi minha linda, como se chama?		
MG	2	-Ma..Ma..Ma.. (primeiro nome da participante)::	Participante fala com a voz bem lenta, devagar e com baixa intensidade	
Pesq	3	- (Primeiro nome da participante) de quê?		
MG	4	-Ma..ma.. (primeiro nome da participante) Mag..mag...	Participante fala com a voz bem lenta, devagar e com baixa intensidade	
Pesq	5	- (Sobrenome da participante)		
MG	6	- Mag..(sobrenome da participante)		Repetiu o seu sobrenome, após a pesquisadora falá-lo
Pesq	7	- Dona M. me fala uma coisa, a senhora está com fome? O que você gosta de comer?		Ela balança a cabeça, e aponta para a sonda nasoentérica tubo de cloreto de polivinilaque, quando prescrito pelo médico, é utilizado como via de alternativa para alimentação sendo, tecnicamente, introduzido desde nas narinas até o estômago.
MG	8	-()		
Pesq	9	- Não entendi, você pode falar mais devagar		

MG	10	- ()		
Pesq	11	-Me falaram que a senhora gosta de fei..		Pesquisadora oferece <i>prompt</i> para MG
M.G.	12	-Fe..fe..fe.. feijão		
Pesq	13	-Muito bem! Gostei de ver! Está de parabéns! Agora vamos arrumar nossa bagunça, e arrumar as letras no quadro que usamos durante a terapia.		Ao organizar as letras do alfabeto, a mesma as colocou em sequência de uma forma correta.
Amiga	14	Você não sabe da novidade, nossa “comadre” voltou para o marido!		Durante a terapia, apareceu uma colega dela e contou a novidade, que sua “comadre” se reconciliou com o marido
M.G.	15	Verdade?	Falou com a voz arrastada e começou a chorar	
Pesq	16	Eu.. dona M. Por que está chorando? É de felicidade?		Ela balançou a cabeça com movimentos para cima e para baixo, referindo o gesto de “sim”
Fisioterapeuta	17	Vamos voltar ao exercício? Conta comigo		Novamente, ela balançou a cabeça com movimentos para cima e para baixo, referindo o gesto de “sim”.
M.G.	18	Um, dois, três, quatro, cinco.. oito..	Com a voz arrastada, começou a contar junto com a fisioterapeuta, a	

			cada vez que elevava a perna.	
--	--	--	----------------------------------	--

De acordo com Luria (1981), um foco patológico perturba a dinâmica da linguagem cerebral, e este cérebro tenta realizar processos de reorganização do funcionamento das partes intactas, de maneira que a função perturbada pode ser desempenhada de várias novas formas.

Em MG, por exemplo, a lesão cerebral atingiu todos os lobos do hemisfério esquerdo. O fato de ela ter lesões no lobo parietal apresenta como seqüela a perda da capacidade de diferenciar, claramente, entre sons da fala, desordens na fala, dificuldade na nomeação de objetos, dificuldade na recordação das palavras, dificuldades de diferenciar fonemas e desordens dos traços acústicos-verbais.

No lobo parietal, acreditava-se que ela apresentaria dificuldade temporo-espacial, alterações na compreensão das estruturas lógico-gramaticais complexas e dificuldades de nomeação. Na área pós-central, a alteração clássica esperada seria a apraxia verbal. Na área pré-motora, sua grande dificuldade seria a mudança de uma articulação para outra e, no lobo frontal, esperava-se alteração na regulação da fala acompanhada, muitas vezes, de estereotipia verbal. Como essa participante tem alterações em todos os lobos, era de se esperar um severo distúrbio de uma função da fala, entretanto, ela apresentou compreensão íntegra e apenas uma dificuldade de passar de uma articulação para outra. É por essa dificuldade que acreditamos que, muitas vezes, sua fala tornou-se ininteligível.

Já ao analisar o aspecto linguístico deste tipo de afasia, percebemos que este está atrelado à deficiência quanto ao contexto, sendo considerada por Luria (1981) uma afasia eferente. Apesar da extensão da lesão, não foram evidenciadas dificuldades referentes a lesões posteriores (compreensão), apresentando alterações em nível anterior. Esta alteração é definida por Jakobson (2003) como distúrbio da contigüidade. As palavras conectivas, que têm funções puramente gramaticais, como as conjunções, preposições, pronomes e artigos, são extintas do contexto deste tipo de afásico e seu estilo de torna "telegráfico". Como foi o caso de MG que, ao ser questionada acerca do que ela gosta de se alimentar, complementou a frase com outra frase representada através da palavra "feijão".

Podemos supor que o fato de a participante ser ambidestra facilitou a sua representação bilateral da linguagem, contribuindo para uma melhor recuperação funcional após um quadro de afasia. Outra questão a ser considerada é que MG, antes da lesão, embora fosse dona de casa, se dedicava às atividades de leitura e escrita, o que pode ter facilitado uma melhor reorganização no processamento da linguagem.

Não se pode extinguir as experiências vividas pelo sujeito, as quais possibilitaram a formação da sua memória. Ao analisar a linha 15, quando a participante responde “verdade” (pelo comentário da amiga sobre a reconciliação da “comadre” com o marido), percebemos que a produção dessa palavra evidenciou o sentimento que ali está expresso, passando da proposição interna para a expressão oral, e, com isso, pode-se tentar perceber que existe um mundo construído por sensações, e é pela linguagem que se pode interpretá-lo. Nessa perspectiva, a linguagem é um evento de natureza sócio-discursiva, e, tanto a memória, como a linguagem são sistemas semióticos que, quando dotados de significado para nós e para os outros e realizada “numa forma específica”, numa “expressão articulada e representativa”, “a experiência interior de um sujeito torna-se acessível a outro” (BENVENISTE, 1966; 1995, p.30).

Em relação à convergência da lesão com os achados linguísticos, podemos considerar que, no caso de MG, esperaríamos, além das dificuldades de produção, dificuldades de compreensão, o que não é o caso do participante, que apresentou respostas consistentes quando solicitadas, não havendo, portanto, convergência nos achados.

4.1.8 Participante 8

O AVC isquêmico deste participante ocorreu no dia 29 de abril de 2013. A lesão ocorreu na região fronto-temporo-parieto-occipital, no hemisfério direito. O indivíduo, após o AVC, demonstrou ter uma boa fluência e compreensão, não apresentando dificuldade de nomeação. Além disso, apresentou também um quadro de parafasia semântica e estereotípias verbais. Além dessa alteração, ele apresentou paresia em dimídio à esquerda, com uma leve assimetria labial à esquerda. A avaliação padronizada da escala de Barthel totalizou 0 pontos para este paciente, classificando o grau de dependência como severa e permitindo à equipe multidisciplinar um acompanhamento mais preciso das evoluções e inabilidades do participante. Essas informações estão descritas no quadro 26.

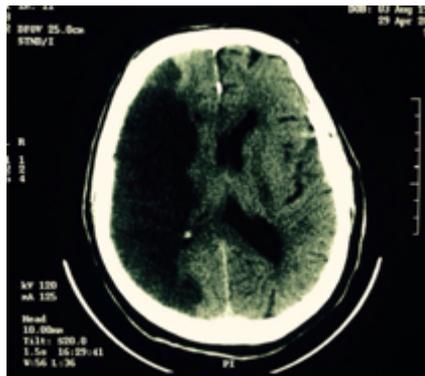
Quadro 26- Dados gerais sobre a lesão cerebral do Participante 8

Tipo de Lesão	AVCI
Data da Lesão	29/04/2013
Local de Lesão	Região fronto-temporo-parieto-occipital, à direita
Tipo de afasia (classificação de Luria)	Não foi feita a classificação, por se tratar de uma lesão localizada no hemisfério direito

Condições Gerais de Saúde	Paresia em dimídio, à esquerda Leve assimetria labial, à esquerda
---------------------------	--

A figura 18 demonstra, na tomografia computadorizada, o local da lesão sofrida pelo participante nos lobos fronto-temporo-parieto-occipital à direita³¹.

Figura 18 - Tomografia computadorizada do Participante 8



Quadro 27- Manifestações linguísticas do Participante 08

Sigla do Interlocutor	Linha	Transcrição	Observação sobre as condições de produção de processos de significação verbais	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
Pesq	1	- Por que você está nervoso?		
DA	2	-Sei não.		
Pesq	3	- Por que você não sabe?		
DA	4	-Sei não, por não estou nervoso não. Não, não, não, sei não. Eêê...:meu Deus do céu...	Tom de exclamação	

³¹Laudo descrito pelo seu médico, uma vez que não foi possível o processo de scanear o mesmo, por este se encontrar no sistema do seu médico.

		Oôôô meu pai do céu		
Pesq	5	- O senhor tem assistido muito televisão?		
DA	6	- Não, não não, pouquíssima		Falou, prontamente
DA	7	- Eêêê:::meu Deus do céu... Oôôô:: meu pai do céu. Abri a porta.	Tom de exclamação	Participante apontando para a janela e verbalizando abrir a porta. A cuidadora afirma que ele utiliza essa expressão “Eêêê..meu Deus do céu... Oôôô meu pai do céu” o dia todo.
Pesq	8	-Seu D. você sente que você fala o dia todo “Eêêê:::meu Deus do céu... Oôôô:: meu pai do céu”	Tom de exclamação	
DA	9	- Sinto né porque eu quero não.		
DA	10	- Eêêê:::meu Deus do céu... Oôôô meu pai do céu. Abri a porta	Tom de exclamação	Participante pedindo para abrir, na verdade, a janela, e não a porta, novamente.
Pesq	11	-Seu D. está vendo essa área preta aqui?		
DA	12	- Tôveno		
Pesq	13	-É a área do cérebro que foi		

		atingida.		
DA	14	-lhhhh:...Maria Valeime	Tom de exclamação	

Como já descrito anteriormente sobre o princípio da lateralização, a pessoa destra tem o seu hemisfério esquerdo como dominante, para a função da linguagem. O fato de DA ser destro e sua lesão ser no lado direito faz com que não se espere dele alterações de linguagem. Entretanto, ocorre que DA sofreu uma lesão muito extensa, ocasionando algumas perturbações linguísticas em sua produção. Como a lesão de DA é no hemisfério direito, a classificação para este indivíduo se torna mais difícil, já que Luria (1981) descreve a relação de dominância para a linguagem no hemisfério esquerdo, não havendo uma classificação para lesões em hemisfério direito.

Apesar de o hemisfério direito não apresentar dominância para a linguagem, podemos observar certas dificuldades na fala de DA. Ele apresenta dificuldades na seleção, substituição das palavras, no eixo paradigmático, permanecendo intactas as operações no eixo da contiguidade. Segundo Jakobson (2003), este tipo de afasia pode vir associado à parafasias semânticas, como observado na produção de DA, quando ele utilizou a palavra “porta” no lugar de “janela”. Ao analisar a substituição da palavra “porta” por “janela”, observamos que ambas são substantivos, são estruturas que estão no mesmo campo semântico e têm a mesma função de abrir e fechar. Esta substituição é característica do distúrbio de similaridade.

DA apresenta uma estereotipia verbal, apresentada na linha 25: “Eêê..meu Deus do céu”. Esta estereotipia reproduz a realidade por meio de sua linguagem (por meio de suas crenças), pois se trata de uma pessoa religiosa. Quando conversamos com a sua esposa, confirmamos que aquela fala renascia no seu discurso o acontecimento e a sua experiência vivida, já que sua família, incluindo ele, tinha uma ligação muito intrínseca ao catolicismo.

Embora alguns autores não considerem as estereotípias como um comportamento linguístico, uma das questões mais instigantes na compreensão das estereotípias está vinculada à sua origem. Buscar compreendê-la quando e como este comportamento surgiu nos fornece pistas sobre as condições de sua forma linguística “congelada” (COUTO, 2011).

Em relação à área da lesão e sua correlação com os achados linguísticos, podemos considerar, no caso de DA, que não há nenhuma convergência, pois não seria esperado que ele apresentasse comprometimento em seu funcionamento de linguagem, no hemisfério direito. Mas, também, é preciso considerar que DA apresenta uma lesão muito extensa e,

como sabemos, as partes do cérebro não funcionam isoladamente. Desta forma, poderemos esperar que as funções do lado esquerdo sofram uma certa reverberação.

4.2 DIFICULDADES PARA A UTILIZAÇÃO DOS TESTES PADRONIZADOS

Caplan (1987; 1993), neurolinguista, descreve as afasias como sendo retratos de sintomas diagnosticados por testes metalinguísticos. Esses “sintomas” são enquadrados na noção de síndrome afásica, com apresentação de formas mais fortes e mais fracas da síndrome. Os conceitos de “fortes” estão associados a uma tendência a todos os déficits dos indivíduos em categorias bem definidas; já as noções “fracas” se referem a um conjunto de sintomas que englobam uma certa variação, mas que permitem ainda o enquadre na síndrome.

A procura por uma norma que se “enquadre” aos indivíduos se baseia em métodos quantitativos de pesquisa. O instrumento mais utilizado é o teste-padrão, denominado de Boston Classification System, baseado no trabalho de Geschwind e colaboradores (1969), por buscar diagnosticar as alterações de linguagem. Coudry (1988) demonstra que, muitas vezes, quando o indivíduo é submetido às questões propostas nos testes-padrão, as respostas não são satisfatórias, já que foram elaboradas numa situação descontextualizada, como se fosse um jogo de perguntas e respostas. Já durante a conversa informal, método praticado por este estudo, o sujeito afásico emite a palavra de acordo com as questões contextuais. Os escores, que determinam a classificação de uma afasia e seu grau de severidade, são gerados a partir de testes-padrão e isso diminui, significativamente, a sua eficácia, para a grande maioria dos afásicos, já que cada um tem um meio histórico-cultural diferente. (NOVAES-PINTO, 2006).

4.3 SIMILARIDADES E DIFERENÇAS DOS PARTICIPANTES

4.3.1 Tempo de lesão em relação aos participantes

A intervenção rápida é essencial, no caso de lesão no sistema nervoso central, a fim de evitar o agravamento das sequelas, tanto de ordem linguísticas quanto motoras. Quando o fluxo sanguíneo é restaurado rapidamente, este tecido se recupera e seus sintomas são transitórios (HARRISON, 2013).

Mas, no momento em que já ocorreu a destruição do tecido nervoso, a reorganização do mapa cortical não acontece de forma instantânea. Espera-se que a função do tecido

destruído seja assumida por uma área vizinha do Sistema Nervoso Central, e os axônios afetados em regiões distais estejam mais propensos à regeneração do que os axônios de regiões mais próximas do corpo caloso (ANNUNCIATO, 2013).

De acordo com Luria, esta reorganização ocorrerá em torno de 3 a 6 meses e, com isso, a tendência é ocorrer uma melhora “espontânea” (tempo de reorganização) dos participantes. Isto pode ser observado nos participantes P1 e P6, pois no momento em que estes dados foram coletados o tempo da lesão cerebral ainda era muito recente, nestes casos ainda pode-se esperar uma melhora do quadro decorrente da reorganização do sistema nervoso cerebral. Assim, Coudry (1988) descreve em seus artigos a importância do acompanhamento longitudinal, pois estes percursos nos evidenciam as mudanças qualitativas, a partir não só do tempo da lesão, mas da intervenção de um profissional que tenham conhecimento aprofundado nos conhecimentos da linguagem.

4.3.2 Extensão da lesão em relação aos participantes

Quanto maior a extensão da lesão, maiores serão os danos e, conseqüentemente, mais difícil será a comunicação entre os axônios (ANNUNCIATO, 2013). Os participantes P2, P5 e P6 possuem grandes extensões de lesões e, como descrito anteriormente, esta extensão dificulta a neuroplasticidade e proporciona ao indivíduo maiores dificuldades linguísticas. Entretanto, mesmo com grandes extensões, a gravidade de cada um era variável.

O participante P5, por exemplo, tem alterações morfológicas nos lobos temporais e parietais. Mas, mesmo com toda a extensão da lesão, a participante se encontra bem ativa, fixa o olhar durante as conversas e demonstra em gestos as suas vontades. Neste contexto, é relevante citar a importância da sua família bem participativa, seu acompanhamento por uma equipe multidisciplinar e a participação do grupo linguístico da UESB³²os quais, juntos, buscam a reinserção da participante na sociedade. Coudry (1988) busca não definir o conceito de normal e patológico, mas relata a importância de recursos de produção ou interpretação para a possibilidade da existência de comunicação entre o afásico e o meio em que está inserido.

Para se analisar a extensão da lesão, seu local e se houve a presença de hemorragia utiliza-se a tomografia computadorizada(TC). Mas nem sempre a TC é fidedigna, ela pode

³²O Programa de Orientação e Intervenção em Neurolinguística (PrOIN) é uma proposta do Centro de Convivência e Intervenção em Neurolinguística (CECIN), vinculado ao Laboratório de Pesquisa e Estudos em Neurolinguística (LAPEN) e ao Programa de Pós-Graduação em Linguística.

deixar de evidenciar pequenos infartos isquêmicos na fossa posterior, devido ao artefato ósseo quanto na superfície cortical (HARRISON, 2013). Podendo não ter alterações visíveis na TC, mas com alteração de linguagem, por isso não se pode resumir a linguagem a questões localizacionistas, é importante enfatizar a natureza subjetiva e social deste funcionamento cerebral, pois o cérebro é um órgão moldado pelas experiências externas que, por sua vez, transformam o funcionamento cognitivo. (NOVAES-PINTO, 2012)

4.3.3 Local de lesão em relação aos participantes

De acordo com Annunziato (2013), quando acontece um dano cerebral, vários acontecimentos ocorrem no local da lesão e locais próximos a ele. Essa ruptura em vasos sanguíneos e/ou isquemia cerebral, como são os casos de todos os participantes, exceto o P2, o qual foi acometido por tumor, diminui os níveis de oxigênio e glicose – componentes essenciais para o funcionamento das células neuronais. Este dano pode gerar necrose em células vizinhas, devido a liberação de material intracitoplasmático, que prejudica a neuroplasticidade e possível recuperação da alteração linguística, como evidenciado nos dados dos participantes desta pesquisa, a qual mostra as diferentes manifestações de linguagem. Esse efeito explica por que uma determinada área lesionada pode alterar suas regiões circunvizinhas. Podemos considerar que, por mais que P2 sofreu um tumor, no seu processo cirúrgico as áreas vizinhas também foram lesionadas.

4.3.4 Influência da Idade dos Participantes

Apesar de a literatura afirmar que a capacidade neuroplasmática diminui com o envelhecimento, já foram encontrados processos neuroplasmáticos em jovens e adultos/idosos. Acredita-se há algum tempo que a idade no momento da lesão tenha sido um parâmetro para prognóstico por acreditar que quanto mais novo fosse o indivíduo, maior seria sua recuperação.

Desta forma, o córtex motor pode reorganizar-se em resposta ao treinamento de tarefas motoras especializadas depois de uma lesão focal. E se não houver estimulação cortical, por meio das estimulações, a idade não será um fator predominante de melhora. O participante P2, por exemplo, é considerado o mais novo da pesquisa, mas nem por isso ele se encontra na melhor condição de linguagem em relação aos outros. É importante levarmos em conta vários fatores, mas o mais influente é realmente as estimulações dos seus aspectos linguísticos; o que

justifica que o processo de reorganização cerebral, ainda que parcial, das experiências progressas e estimulações sócio-culturais trazidos pelo indivíduo são prováveis caminhos de ganhos linguísticos (ANNUNCIATO, 2013).

4.3.5 Sexo

De acordo com o “Guia do Coração”, publicado em 2011, o acidente vascular cerebral é mais comum em homens do que em mulheres. Na maioria das faixas etárias, mais homens do que mulheres terão um acidente vascular cerebral, porém, mais de 50% da mortalidade ocorrem em mulheres de todas as idades devido ao uso de anticoncepcionais, ingestão de doses hormonais e gravidez, os quais representam riscos especiais às mulheres. Como demonstrado, estudos clássicos retrataram que os homens padecem mais de transtornos afásicos que as mulheres, em consequências de um AVC. Neste estudo, encontram-se 8 participantes afásicos (3 homens e 5 mulheres). Não podemos considerar os dados desta pesquisa em relação ao sexo, como uma contraposição à literatura, pois os dados são muito restritos.

4.3.6 Contexto interacional

A exposição e a interação de um sujeito a um contexto interacional influencia diretamente nas características funcionais do cérebro humano. Esta interação organismo-ambiente vivenciada por um indivíduo determina fundamentalmente uma evolução nos seus aspectos responsivos ao meio inserido. As diferentes situações comunicacionais irão modificar as possibilidades linguísticas cognitivas do sujeito. Entretanto, este estímulo tem que ser prazeroso e estimulador para o indivíduo. O contexto interacional tem que trazer um aspecto sócio-cultural e que carregue uma determinada visão de mundo no qual foi/é vivenciado pelo afásico (NOVAES-PINTO, 2009).

Os participantes P1, P2, P3 e P5 foram considerados, por observações em domicílio e relatos de cuidadores, os mais estimulados pela família e, conseqüentemente, são os que apresentaram maiores evoluções nos seus aspectos linguísticos. Apesar deste estudo não ser longitudinal, este fato pode ser evidenciado, por meio dos acompanhamentos nas residências, nos quais foram realizadas as capacitações com os cuidadores durante dois meses, uma visita a cada semana. Estes participantes apresentaram mais intenções comunicativas, e em alguns casos, produções orais as quais foram relatadas melhoras por pessoas que convivam com eles.

A funcionalidade do cérebro não está apenas vinculada aos níveis subcortical e cortical, mas à relação com o meio, o mediador e a cultura em que o afásico está exposto. O segundo participante, FN, como já foi descrito, possui uma lesão maciça e, mesmo apresentando dificuldades de passar de uma articulação para outra, utiliza de estratégias para a compensação desse obstáculo.

A terceira participante, ML, apesar de apresentar lesão extensa, temporo-parietal, sua comunicação demonstrou ser bastante compreensiva e clara. Consideramos que este fato tenha ocorrido, por ML ter uma atividade intelectual bastante significativa, a qual permitia a ela uma reflexão dos seus déficits e possíveis buscas para tentar solucioná-los ou pelo menos compensá-los de alguma forma. A integração do indivíduo com a interação com o outro possibilita novos meios do ponto de vista do substrato morfológico e do funcional para a viabilização e compensação das sequelas trazidas pela lesão cerebral (ANNUNCIATO, 2013).

4.3.7 A influência do grau de escolaridade dos participantes

Pesquisas recentes vem demonstrando a influência da escolaridade de maneira significativa para a evolução do quadro do sujeito, após ter sofrido uma lesão cerebral adquirida (PARENTE, 2009). A participante 03, por exemplo, tem uma lesão na área Frontoparietal, mas sua manifestação linguística seria condizente segundo Luria, com uma lesão posterior. Esse fato também pode ser justificado pela sua capacidade compensatória devido a grande estimulação cerebral recebido pelo cérebro durante muito tempo.

5 CONCLUSÃO

Durante séculos, a teoria cerebral foi fundamentada em ideias localizacionistas, nas quais as manifestações linguísticas eram compreendidas como o escopo de áreas específicas do cérebro. Este órgão só veio a ser encarado como um sistema funcional, devido aos princípios de Luria (1981). Durante este trabalho, pudemos observar que existem vários conflitos a respeito das classificações das afasias, tanto no tocante às questões de localização, como a relação direta (lesão/sintoma) para com as suas manifestações linguísticas. Vimos que a divergência da correspondência anátomo-clínica é antiga, como bem demonstram os trabalhos de Luria (1981) e Jakobson (2003).

Com base nesta pesquisa, também foi observado que as análises realizadas, embasadas nas teorias Lurianas, não são estanques para classificar as alterações de linguagem de cada indivíduo, pois Luria (1981) considera o funcionamento do sistema nervoso central como um sistema funcional complexo, atuando em concerto, ou seja, uma alteração não se restringe a uma área específica. Luria (1981), no que diz respeito às afasias, leva em conta as análises de Jakobson (2003), distinguindo-se assim dos demais autores. Porém, a análise propriamente linguística, como pudemos observar na avaliação dos sujeitos, foi refinada por Jakobson (2003), o qual buscou uma interpretação linguística, em seus variados casos clínicos referentes aos diversos tipos de afasia.

Jakobson (2003) retrata que as formas puras de afasia (seleção ou combinação), embora estejam presentes, em alguns casos podem variar a gravidade, o que poderia explicar as diversas manifestações linguísticas apresentadas pelo sujeitos. Coudry (2002), em seus estudos, propõe, entretanto, a não existência de “casos puros”, como os descritos na literatura por Jakobson (2003). A autora defende que a polarização da semiologia em dois grandes grupos pode ser rediscutida, a partir da neurolinguística discursiva. As análises de episódios dialógicos têm revelado o que se entende ser a projeção de um eixo sobre o outro, ou seja, uma desintegração da linguagem associada a um nível linguístico, que afeta tanto a este nível específico, quanto a sua relação com o todo.

Outra questão é que a classificação da afasia, ou melhor, as classificações não dão conta de explicar a complexidade dos sintomas apresentados pelos sujeitos afásicos, sendo, muitas vezes, necessário combinarmos mais de um autor, ou mais de uma denominação do mesmo autor, para tentarmos classificar uma determinada afasia. Desta forma, propor uma classificação, principalmente baseada em quantificação, se torna inviável, uma vez que o funcionamento discursivo e a utilização de recursos para a expressão demonstram que, além

das questões já descritas na literatura - as generalidades, as quais, neste caso, são as afasias -, possuem também suas especificidades, resultantes da história sócio-cultural do indivíduo (COUDRY, 1988).

Em se tratando das classificações, observamos em nosso estudo que houve uma convergência da área lesada com a classificação, tanto de Luria (1981) como Jakobson (2003) em 50% dos casos (BP, FN, NR e GB). Já os outros 50% (ML, AS, MG e DA) apresentaram divergência da área lesada com os achados linguísticos. Com isso, podemos afirmar que nem sempre os sintomas linguísticos não vão corresponder à área lesada, pois o funcionamento do SNC não está vinculado apenas ao orgânico (a área restrita da lesão), mas às muitas variáveis que influenciam no uso e apropriação da linguagem de um indivíduo, tais como: a sua história pregressa, o sexo, idade do sujeito, os tipos e qualidades das interações sociais. Assim, a linguagem humana, dentro de uma visão neurolinguística, se estabelece por meio de atividades sociais, levando em consideração que o indivíduo é o resultado de um processo sócio-histórico cultural e que, por isso, possui seu funcionamento de linguagem singular, como fruto de uma organização dinâmica e flexível.

Esta pesquisa buscou demonstrar a importância de uma avaliação cuidadosa que leve em conta, em primeiro lugar, o sujeito e suas manifestações linguísticas, e que analise, detalhadamente, tanto as suas dificuldades, quanto o seu potencial. Observamos que as produções linguísticas nem sempre serão compatíveis com a área lesada, e, além disso, mesmo quando dois sujeitos apresentam a mesma lesão, podem apresentar manifestações diferentes, pois cada sujeito tem uma história de vida, com atuações muito diferentes, em relação ao seu funcionamento de linguagem.

Devemos considerar que, de acordo com Coudry (1988), um sujeito afásico não é afásico o tempo todo, da mesma forma que um sujeito normal não o é tempo todo. Partilhamos uma situação de incompletude frente à linguagem, em alguns momentos de nossas vidas. Desta forma, propor uma classificação, principalmente baseada em quantificação, se torna inviável. Isso ocorre, uma vez que o funcionamento discursivo e a utilização de recursos para a expressão demonstram que as questões já descritas na literatura - as generalidades, as quais, neste caso, são as afasias -, possuem também suas especificidades, resultantes da história sócio-cultural do sujeito (COUDRY, 1988). O principal ponto que envolve a aquisição de linguagem e os estudos das afasias é o aspecto de construção e reconstrução do sistema linguístico vivenciado pelo afásico. Esta visão sócio-interacionista busca justificar que, mesmo com obstáculos, o sujeito buscou demonstrar o controle e expressar seus desejos através do discurso. E este discurso, para ser construído e reconstruído

necessita de conexões cerebrais formadas através de estimulações extrínsecas, como o jogo dialógico, a construção conjunta de significação, o mediador e a sua aceitabilidade na sociedade inserida (COUDRY, 1988).

É importante ressaltar as dificuldades para a execução do trabalho com neuroimagens, tanto devido à qualidade do exame, quanto à capacidade do sujeito em adquiri-las. Devido a estas questões, o número de participantes se tornou reduzido, exigindo cuidados especiais, com conclusões relativizadas.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. B. A. *A semiologia das afasias: contribuições de uma abordagem enunciativo-discursiva*. 2011. (Dissertação em Estudos da Linguagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011;
- AMATO A.; Andréas Versalius. *Cultura & Saúde*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.culturaesaude.med.br/content/andreas-vesalius>>. Acesso em 30 mar. 2014;
- ANNUNCIATO F. N.; OLIVEIRA N. E. C. *Influência da terapia sobre os processos do sistema nervoso*. São Paulo: Editora Neda-Brain, 2013;
- BAUCHOT, R.. *A afasia de Broca: descoberta por Paul Broca da zona cerebral da linguagem articulada*. In: Verba Volant, v. 1, 1., Trad. Mirian Rose Brum-de-Paula. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária da UFPel, 2010. Disponível em:<<http://letras.ufpel.edu.br/verbavolant/brocaa.pdf>>. Acesso em 10 de jul 2014.
- BENVENISTE, Émile. *Problemas de Linguística Geral II*. Campinas: Pontes, 1989
- CAPLAN, D. *Neurolinguistics and linguistic aphasiology*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1987/1993;
- CARNEIRO C.; *Lateralidade, Percepção e Cognição*. Revista Cérebro & Mente. Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n15/mente/lateralidade.html>>. Acesso em: 06 de jul. 2014;
- CHANGEUX, Jean Pierre. *O homem neuronal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1985
- Coudry, M.I.H. *Diário de Narciso*. São Paulo: Martins Fontes, 1988;
- DAMASCENO, B. Neuropsicologia da atividade discursiva e seus estudos. In: *Caderno de Estudos Linguísticos*, v.19, p.147-157, 1990;
- Franchi, F. Linguagem — atividade constitutiva. In: *Almanaque*, 1997, p. 5:9-27
- GESCHWIND, N. *Problems in the anatomical understanding of the afasias*. In: Benton ed. *Contributions to clinical neuropsychology*. Chigago, 1969
- GLOSSMAN J. *Avaliação neuropsicológica de Luria e princípios de reabilitação*. Disponível em: http://www.ipaf.com.br/arquivos/artigos/avaliacao_neuropsicologia_de_luria.pdf. Acesso em: 05 jun. 2014;
- NOVAIS-PINTO, R. C.. Linguagem, subjetividade e ensino: reflexões a luz da neurolinguística discursiva In: Harmuch, RA; Saleh PBO. *Identidade e subjetividade configurações contemporâneas*. São Paulo: Editora Mercado de Letras, 2012;
- Hazin I; Leitão S; Garcia D.; Lemos C; Gomes E. *Contribuições da Neuropsicologia de Alexandr Romanovich Luria para o debate contemporâneo sobre relações mente-cérebro*.

- Mnemosine, Rio de Janeiro, vol.6, 1., p. 88-110, 2010. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/in.php/mnemosine/article/viewFile/191/pdf_176>. Acesso em: 1 set. 2014;
- JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: *Linguística e comunicação*. 22.ed. Tradução de IzidoroBlikstein e José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 2003.
- JAKOBSON, R. Tipos Linguísticos de Afasia. In: *Linguagem infantil e afasia*. Editoria Ayuso>Madrid 1969
- JAKUBOVICZ, R; CUPELLO, R. *Introdução à afasia: elementos para diagnóstico e terapia*. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1996;
- Kurgant D.; Pereira C.E.M.; A teoria de John Hughlings Jackson sobre evolução e dissolução do sistema nervoso: observações clínicas, influências e repercussões. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol 6, 1., 2003. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume06/n1/a_teor%C3%ADa_de_john_hughlings_jackson.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2014.
- KAGAN A.; SALING M.M. *Afasiologia de Luria: teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997;
- LEBRUN.Y. A Dominância Cerebral para a Linguagem. In: PARENTE, M. A (coord). *Tratado de Afasia*. São Paulo: Panamed, p. 9-19, 1983;
- LENT, R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu, 2002;
- LURIA A.R; *Cerebro y lenguaje: la afasia traumática: síndromes, exploración y tratamiento*. Fontanella, 1978;
- LURIA, A. R. *Fundamentos de Neuropsicologia*. São Paulo: Cultrix, 1981;
- MARATÓ, M.; PEDRAZA, S. Técnicas de neuroimagem e localização de lesões. In: PLAJA, C.J., RABASSA, O.B.; SERRAT, M.M. *Neuropsicologia da linguagem*. São Paulo: Editora Santos, 2006;
- Nishida M. S. *Origem e Evolução do Sistema Nervoso*. Departamento de Fisiologia, Unesp-Botucatu, 2007;
- NOVAES-PINTO, R. C.; Uma reinterpretação do conceito de grau de severidade a partir de uma concepção enunciativo-discursiva de linguagem e dos relatos dos sujeitos afásicos sobre suas dificuldades, In: *Seminário do GEL - grupo de estudos linguísticos do estado de são paulo*, vol. XXXV, p.1730-1735, São Carlos, SP, 2006;
- NOVAES-PINTO, R.C.; SANTANA P.A; *Semiologia das afasias: uma discussão crítica*. Psicol. Reflex. Crit. vol.22 no.3 Porto Alegre 2009 Acesso 20/01/2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300012

NOVAES-PINTO, R.C.; *Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias*. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 55-64, jan./mar. 2012

Parente P.M.A.M.; Scherer C.L.; Zimmermann N.; Fonseca P.R. *Evidências do papel da escolaridade na organização Cerebral*. Revista Neuropsicologia Latinoamericana, 2009. Acesso em: 01 out. 2013. Disponível em: http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/viewFile/11/9. Acesso em: 14 set. 2014;

PINHEIRO M.; *Aspectos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores*. Curitiba: Editora UFPR Educar, 25., p.175-196, 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/educar/article/viewFile/2244/1876>>. Acesso em: 28 set. 2014;

PINHEIRO M.; *Aspectos históricos da evolução das idéias sobre localizacionismo cerebral da linguagem*, Vita et Sanitas, Trindade, 6., 2012. Disponível em: <http://fug.edu.br/revista_6/pdf/artigo2.pdf>. Acesso em: 03 de jul. 2014;

Rodrigues D. S.; Ciasca S. M. *Aspectos da relação cérebro-cooportamento: histórico e considerações neuropsicológicas*. In: Revista Psicopedagogia, São Paulo, v. 27, 82., 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862010000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jun. 2014;

SANTOS O. R. *Estrutura e Funções do Córtex Cerebral*. Brasília: Centro Universitário de Brasília, 2002;

Scherer, L. C.; Gabriel R. *Processamento da linguagem: contribuições da neurolinguística*. In: Revista Signo, Santa Cruz do Sul, v. 32, 53., p. 66-81, dez. 2007;

TAUB A.; ZACHI C.E.; ANTUNES A.R.; FARIA M.A.M.; VENTURA F.D. *A aplicação da neuropsicologia na pesquisa experimental: o exemplo da intoxicação por vapor de mercúrio*. In: Psicologia USP, São Paulo, v.17, 4., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a15>>. Acesso em: 27 set. 2014;

Toni M. P.; Romanelli J. E.; Salvo G. C; *A evolução da neuropsicologia: da antiguidade aos tempos modernos*. In: Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, 41., p. 47-55, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/73585307/A-EVOLUCAO-DA-NEUROPSICOLOGIA>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

Vygotsky S.L; *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1993;

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa

Iniciais do paciente:.....
 Documento de identidade nº : Sexo : M () F ()
 Data de nascimento:...../...../..... Telefone: (.....).....
 Endereço:.....Cidade:.....

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

PESQUISADORES: CARGO / FUNÇÃO:

Carla Salati Almeida Ghirello-Pires	Orientadora
Anna Clara Mota Duque	Pesquisadora

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: Sem risco

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 meses

III - Registro das Explicações do Pesquisador ao Paciente ou seu Representante Legal sobre a Pesquisa, consignando:

Este estudo terá embasamento nas teorias de Luria, através das quais será analisada a correlação da área lesionada (através de neuroimagens) e achados de linguagem nos variados tipos de afasia, no Programa de Internação domiciliar, no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) e no Hospital privado Instituto Brandão de Reabilitação (IBR), na mesma cidade. Durante as avaliações serão descritos os traços silábicos de cada tipo de afasia, onde os sujeitos receberão os cuidados fonoaudiológicos voltados para a neurolinguística discursiva

com foco na área lesionada do sujeito, idade, gênero, nível de escolaridade, gravidade, nível psicossocial. A área neurológica lesionada, com o sintoma e a neurolinguística permitirão uma maior facilidade para embasar ainda mais o vínculo entre a possibilidade de ser e sua constituição como dado científico através de base teórica que reconhece e justifica o achado, sendo uma relação entre o indivíduo e a linguagem como um processo histórico.

IV - Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre as garantias do sujeito da pesquisa

Quanto aos riscos e desconforto, os procedimentos acima descritos não apresentarão alternativas de risco ou desconforto durante a pesquisa. No caso de fadiga e/ou *stress* durante as avaliações, o sujeito poderá interromper quando desejar.

O pesquisado não será induzido a participar da pesquisa por conta de benefícios econômicos ou sociais, sendo convidado a participar de forma espontânea. Assim, colocar sobre os benefícios orientação especializada, os quais serão diretos e indiretos.

As instituições que estão envolvidas na pesquisa possuem infraestrutura necessária para realizar os procedimentos, assim como todas as demais etapas que serão executadas.

Quanto à confidencialidade, será assegurado o sigilo das informações obtidas, as quais serão utilizadas para análise estatística e posterior publicação dos resultados. Caso seja de interesse da instituição, a pesquisadora poderá disponibilizar o banco de dados da pesquisa. Estes serão veiculados através de trabalho acadêmico e artigos científicos em revistas especializadas, sem a identificação dos participantes da pesquisa.

Os resultados deste estudo, sendo favoráveis ou não, poderão ser publicados em periódicos ou apresentados em congressos profissionais, mas os dados não serão revelados a menos que a lei os requirir. Os resultados e todos os materiais da pesquisa ficarão sob o poder do investigador por cinco anos, após o término da pesquisa.

O pesquisado terá acesso a todas as informações sobre os procedimentos a serem realizados, podendo dirigir-se ao pesquisador a qualquer momento para sanar dúvidas, ou até mesmo retirar seu consentimento, deixando de participar do estudo.

Será garantido ainda o sigilo das informações não diretamente relacionadas à pesquisa. Após assinatura do termo de consentimento, uma cópia será entregue ao participante.

V - Informações sobre nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas.

De acordo com a resolução do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa nº 196/96 o pesquisador é a pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

Pesquisadora: Anna Clara Mota Duque, Siqueira Campos, apt 702, bairro recreio telefone: (77) 9147-8998

Orientadora: Carla Salati Almeida Ghirello-Pires, Rua Juca Barros, n 02, jardim Candeias. Telefone(77)9168-7548

VI - Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Vitória da Conquista, de de 2014.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador