

# AFASIA DE NOMEAÇÃO: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Trabalho curricular realizado na disciplina de Neurolinguística  
da Licenciatura em Psicologia Clínica pela Universidade Fernando Pessoa (Porto, Portugal)

(2005)

**Mara Célia Alves Matos**

Licenciada em Psicologia Clínica pela Universidade Fernando Pessoa  
Porto, Portugal

Contactos:  
[penide@sapo.pt](mailto:penide@sapo.pt)  
[penide@iol.pt](mailto:penide@iol.pt)

---

## Apresentação do Caso Clínico

Senhor X, 50 anos, há cerca de um ano teve um AVC e começou a frequentar as consultas de neurologia. Apresenta uma lesão no hemisfério esquerdo do córtex cerebral. A compreensão, a fluência e a repetição encontram-se preservados. O Sr. X não se lembra do nome dos objectos, no entanto, repete o nome dos objectos e compreende o seu significado, mas quando lhe é pedido para mencionar um objecto não se consegue lembrar.

## Trabalho realizado com o cliente

### Fase de avaliação

Na primeira sessão de avaliação procurou-se estabelecer uma relação/aliança terapêutica empática com o cliente assim como, proceder à recolha de informação acerca do motivo da consulta e áreas problemáticas actuais (anamnese).

Com vista o diagnóstico, procedeu-se junto com o cliente, à pratica de algumas técnicas, tais como:

A) Técnica da Prática de Nomeação: mostrou-se ao cliente o objecto ou figura a ser nomeada. Pediu-se ao cliente para ver, ouvir e repetir. Em seguida, escreveu-se o nome da figura

ou objecto e pediu-se ao cliente para ler a palavra. A próxima etapa foi pedir ao cliente para escrever o nome da figura ou do objecto.

B) Técnica de Leitura e Nomeação: foram realizados alguns exercícios que consistiram no completar de frases (exemplos: “Eu corto o papel com a \_\_\_\_\_ (tesoura)”); “Eu lavo o cabelo com o \_\_\_\_\_ (shampoo)”. Observou-se que o cliente leu a frase e tentou completá-la, escrevendo a palavra. Num outro momento a terapeuta leu a frase e o paciente apenas a completou oralmente. A figura que corresponde ao que vai ser completado foi exibida ao paciente antes de se iniciar o exercício.

### **Diagnóstico**

Da entrevista e avaliação realizada com o paciente e com a sua esposa, concluímos que poderá tratar-se de uma Afasia de Nomeação, já que há uma perda de capacidade em nomear pessoas e objectos tanto na fala espontânea quanto diante de figuras (palavras menos usadas são as mais problemáticas); existem circunlocução e substituição semânticas; a capacidade de reconhecer o nome correcto desejado quando este é oferecido ao paciente com outros numa lista de palavras e ainda a de reconhecer o objecto ou pessoa é preservada; a fala é fluente, a repetição e compreensão de fala e leitura são preservadas.

Anomia pode ser definida, segundo Jakubovizs e Cupello (1996), como a incapacidade para denominar objectos mostrados à pessoa, e cuja incapacidade para nomear coisas correctamente é encontrada em quase todos os pacientes afásicos.

Existem, segundo Geschwind (cited in Jakubovizs e Cupello, 1996), quatro variedades de distúrbios da denominação que trazem considerações importantes ao diagnóstico clínico: anomia por lesões posteriores; anomia por lesão que isola as áreas sensoriais das áreas de produção da linguagem; anomia por lesão difusa que abrange o cérebro inteiro e anomia decorrente de lesão maligna ou de manifestações histéricas.

É necessário estabelecer que falhas na nomeação de um objecto não serão necessariamente resultantes da presença de falhas na percepção do objecto. Se o paciente chama um “tapete” de “mesa”, seria lógico concluirmos que estaria a haver uma distorção perceptual. Para sabermos se a distorção é perceptual ou não, podemos mostrar ao paciente várias possibilidades de nomes e observar se ele escolhe o nome correcto. Se ele escolher sempre o nome correcto, conclui-se que ele reconheceu o objecto.

Quando ele falha na produção do nome correcto isso não indica necessariamente que há uma percepção incorrecta do objecto, mas sim uma incapacidade de emitir o seu nome. Podemos também testar a percepção pedindo ao paciente para desenhar o objecto ou para nos fazer uma mímica do uso do objecto. Podemos pedir que ele combine figuras, como, por exemplo: tapete

com tapete e mesa com mesa. Em geral, quando há um distúrbio na nomeação, a linguagem espontânea do paciente também estará perturbada. Iremos notar inúmeras parafasias, hesitações, perífrases e circunlocações ou “frases vazias”, exemplo: “Bem, sabe como é, eu sempre digo, aliás, isso aí é..., não sei bem ao certo...”. a dificuldade em dar o nome na fala espontânea não fica só restrita aos objectos, mas envolve também palavras abstractas, adjectivos, advérbios, etc.

### **Avaliações Futuras**

De acordo com Jakoboviz e Cupello (1996), o facto de fazer ou não a testagem em pacientes afásicos, é sempre um aspecto polémico, já que existem argumentos contra e outros a favor. Um dos argumentos contra a testagem é o facto de as respostas destes paciente serem geralmente inconstantes, e, sendo assim não haveria como confiar nos resultados obtidos. Existe ainda um outro argumento que refere que através do teste o paciente fica realmente consciente do seu déficit linguístico, tornando-se a testagem um momento altamente traumático. Há críticas também para a quantificação do teste e para a marcação de certo ou errado. Outro aspecto discutido diz respeito quanto ao tempo gasto para fazer um teste de linguagem

Não existe um teste perfeito e nunca existirá, já que o profissional que lida com as diferentes formas de comportamento humano, sabe que é impossível controlar e determinar todas as variáveis numa patologia ou num relacionamento cliente-terapeuta. No entanto, é muito importante a aplicação do teste principalmente nas afasias, pois é através dos seus resultados e do conhecimento de todas as condições fisiológicas do paciente que poderemos traçar um diagnóstico, um prognóstico e um bom plano terapêutico.

Desta forma, em sessões de avaliação posteriores, já que numa única sessão não é possível dar por concluída a avaliação, serão necessárias pelo menos mais duas sessões de avaliação. Assim sendo nestas duas sessões poderiam ser administrados alguns testes de afasia universalmente conhecidos, nomeadamente o Teste de Boston, o Teste de Minnesota, o Perfil de Comunicação Funcional.

Segundo Edith e Harold (1974, cited in Jakoboviz & Cupello, 1996), com o teste de Boston, o diagnóstico é alcançado através de uma visão ampla de todos os componentes da linguagem que são de utilidade na identificação da síndrome afásica. De uma forma resumida, as áreas avaliadas neste teste são a articulação, a fluência, a dificuldade em nomear, a repetição, a perda da gramática e da sintaxe, as parafasia, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita.

No Teste de Minnesota, são avaliadas segundo Schull (cited in Jakoboviz & Cupello 1996), as capacidades que estão em uso, os déficits que estão preservadas e os factores que são responsáveis pela falta de capacidade linguística. As áreas investigadas neste teste são: a compreensão, a leitura, a fala e a linguagem, a capacidade visuo-espacial para a escrita, a relação numérica e os processos matemáticos.

O Perfil de Comunicação Funcional, foi elaborada por Martha Taylor, na tentativa de medir a linguagem funcional. O Perfil foi elaborado com a intenção de medir uma segunda dimensão da linguagem sem se afastar do objectivo principal que é saber como funciona a linguagem. Um item é considerado normal quando o paciente executa a tarefa exactamente como a fazia anteriormente, a escala leva então em consideração, a velocidade, a precisão, a consistência, o controle voluntário sem necessidade de índices e a presença de comportamentos compensatórios. Cada escala recebe um score que é convertido em percentagem contém cinco modalidades: a movimentação ou ambulação, a fala, a compreensão, a leitura, o cálculo, escrita espontânea e dizer as horas.

### **Proposta de Intervenção**

Segundo Jakuboviz e Cupello (1996) ao escolher o exercício que se vai utilizar, o terapeuta deve procurar determinar quais as necessidades reais do seu paciente, e se ele se enquadra dentro do exercício proposto para aquele tipo de problema. Serão as personalidades do paciente e do terapeuta que muitas vezes irão determinar que tipo de exercício é mais indicado para as suas individualidades. Tudo o que facilita a aprendizagem é considerado bom para aquele paciente, tudo que a dificulta é considerado indesejável. Da mesma maneira, tudo o que o terapeuta acredita ser útil e fácil de aplicar é considerado um bom exercício para a reeducação. Será através de uma análise detalhada dos problemas linguísticos, da personalidade, da severidade da lesão e também da idade do paciente que iremos encontrar o tipo de terapia mais indicado. A terapia com o afásico é basicamente uma estimulação de áreas cerebrais, e não a aprendizagem do léxico, é um despertar para a linguagem, e não o fornecimento de um vocabulário. O paciente afásico, então, não tem de aprender a falar novamente, ele precisa de uma estimulação apropriada e específica onde o terapeuta, aproveitando o que restou da linguagem, tentará encontrar um meio de recuperar o que foi perdido. A família deve participar da terapia, e muitas vezes tal participação é de importância vital. A família deverá ter uma orientação profissional na escolha dos exercícios e na maneira de aplicá-los, porque haverá a garantia de que os objectivos serão alcançados e de que a terapia será benéfica.

### **Sugestões Terapêuticas para Intervir**

#### **A) Técnica da Memorização Sem Usar Gravuras**

O terapeuta deverá sugerir uma situação familiar, na qual o paciente deverá recordar os substantivos já aprendidos. Por exemplo: Terapeuta - Ontem eu fui a uma farmácia e lá comprei

artigos para a minha higiene. O que acha que eu comprei? Paciente - Pasta de dentes, sabonete, talco, perfume, desodorizante, etc.

#### B) Técnica do Vocabulário das Categorias

O terapeuta dá o tema e o paciente enuncia o vocabulário referente a ele. Como por exemplo: vocabulário do hospital: enfermeira, medico, pílulas, etc; do lar: esposa, carro, filhos, etc; de roupas: camisa, gravata, meia, etc; de bebidas: coca-cola, água, vinho, sumo de laranja, etc; de comidas: feijão, arroz, couve, bife, etc; tipos de transportes: carro, camião, avião, etc; estações do ano: Primavera, Verão, etc; cores: verde, rosa, azul, etc; lojas da cidade: farmácia, supermercados, bancos, etc.

Sempre que possível usar o suporte visual; como mostrar a figura de uma estrada e perguntar os tipos de transporte, ou mostrar uma mesa posta e perguntar os tipos de comida.

#### C) Técnica da Associação

Mostrar, por exemplo a figura de um martelo. Perguntar ao paciente o que é. Se o paciente não responder, fazer o seguinte exercício: pedir que explique para que serve; pedir para fazer o gesto do uso do martelo; pedir para desenhar um martelo; dar a primeira sílaba da palavra; dizer: mar...; escrever a palavra martelo no quadro, pedir a ele para copiar; pedir para fazer uma frase com a palavra martelo; associar a palavra martelo a outras palavras como: prego, madeira, etc. Fazer o mesmo exercício com outras palavras.

#### D) Técnica Audiovisual

Usar livros destinados a ensinar o português para estrangeiros. O que se visa é eliminar as perífrases ou frases inacabadas. Explicar a situação ao paciente e pedir-lhe que leia o diálogo e olhe bem para a figura. Tapar o diálogo escrito embaixo da figura e perguntar ao cliente o que se passou na aquela figura, o que foi dito, etc.

### **Prognóstico**

O prognóstico deve ser dado para orientação do médico que nos encaminhou o doente. Deve ser dado para servir também de base para a família, na medida em estes terão de organizar e planear o futuro do doente e, para tal, determinadas providências deverão ser tomadas. O prognóstico nunca deverá ser rígido demais; uma boa margem de possibilidade deverá ser enunciada e as ressalvas deverão ser feitas, já que uma coisa é dizer que o paciente não irá falar mais normalmente, e outra é dizer que, existindo motivação e colaboração, haverá a possibilidade de o cliente voltar a comunicar. A recuperação total é sempre muito difícil no caso de pessoas

idosas ou em caso de lesões muito extensas, contudo existem casos na literatura sobre a afasia em que se verificou uma recuperação espantosa e fora do comum. O factor tempo, na recuperação da afasia, é muito importante. Nunca um prognóstico deverá ser feito predizendo uma recuperação rápida. A família deve então, ser informada desse aspecto para que desta forma se possa organizar a longo prazo. Existem alguns factores que contribuem para o prognóstico, tais como a idade, a própria plasticidade cerebral, a natureza da lesão, os défices associados, a personalidade do doente e os seus problemas emocionais, a família, o nível intelectual, a motivação do paciente e a recuperação espontânea (Jakubovizs & Cupello, 1996).

## **Bibliografia**

APA- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-R- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th Ed. Trad. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Climepsi: Lisboa

Bleser, R & Papathanasiou, I. (2003). *The Sciences of Aphasia: From Therapy to Theory*. Pergamon.

Helm-Estabrooks, N & Albert, M. (1994). *Manual de terapia de la afasia*. Editora Médica Panamericana.

Jakubovicz, R & Cupello, R. (1996). *Introdução à Afasia. Elementos para o diagnóstico e terapia*. Revinter.