

CAPÍTULO 27: SINAIS E SINTOMAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

O IDOSO AFÁSICO

Ana Lucia Tubero

“O que me dá mais pena é que as palavras não caem mais do céu...”
(afásico sobre suas dificuldades lingüísticas)

A afasia é considerada a menos somática das alterações de linguagem, porque decorre de uma lesão cerebral adquirida por pessoas até então sadias e normais do ponto de vista de sua capacidade de usar a linguagem, tanto em termos expressivos quanto interpretativos. As alterações de linguagem não raramente são acompanhadas por dificuldades físicas importantes (como as hemiplegias) e por alterações cognitivas (como as apraxias, que são uma desorganização da atividade gestual) ou as agnosias visuais (que são alterações da percepção e do reconhecimento visual).

A afasia afeta principalmente a linguagem (oral e escrita) e todos os processos relacionados a ela, como a subjetividade, a afetividade, o papel social exercido pelo falante, sua identidade, causando um profundo impacto na vida das pessoas afásicas e na vida das pessoas que convivem com o afásico. A afasia geralmente se traduz em perdas socioocupacionais e econômicas importantes, em isolamento social e familiar com perda do papel social e da auto-estima, em dependência e perda de autonomia para gerir a própria vida e, não raras vezes e principalmente, quando se trata do idoso afásico, pode culminar no asilamento tantas vezes adiado. A crença de que a afasia é irrecuperável, tanto no sentido de uma melhora nas possibilidades lingüísticas do afásico quanto nas suas chances de uma reinserção socioocupacional, faz com que a afasia deixe de ser apenas uma questão de saúde, uma questão lingüística, uma questão cognitiva. A afasia torna-se uma questão social. E quando a afasia atinge o indivíduo idoso, os preconceitos que cercam a velhice se exacerbam, a idéia de irrecuperabilidade se acentua e a sensação de que a afasia implica uma contração da vida se torna mais viva e dolorosa.

O IDOSO AFÁSICO

Muitas vezes o idoso afásico, previamente à afasia, pode sofrer de alguns problemas que interferem na interação com outras pessoas e em sua comunicação: dificuldades auditivas, como a presbiacusia, dificuldades visuais causadas por

glaucoma ou catarata, dificuldades motoras que comprometem a expressão corporal e a gestualidade, distúrbios emocionais como depressão e ansiedade, uso de medicamentos que causam sonolência e prejudicam a atenção e a concentração, uso de próteses dentárias mal adaptadas que podem comprometer a articulação e a inteligibilidade da fala.

Com a afasia, os idosos (e demais afásicos, independentemente da idade) em geral hesitam muito para falar e, muitas vezes, podem perder o “fio da meada” durante uma conversa (digressão). Mostram alta instabilidade no uso das palavras, trocando de forma inesperada e um pouco incompreensível umas pelas outras (parafasias), e têm dificuldades de encontrar aquelas que gostariam de enunciar (anomias), mas não devem, por isso, ser consideradas amnésicos. Pronunciam de forma laboriosa os sons da fala, repetem partes das palavras ou as distorcem ou omitem, mas não são gogos ou sofrem de deficiências físicas que os impeçam de articular. Podem falar de maneira “telegráfica”, sem que isso signifique necessariamente que perderam as palavras ou que não mais entendem a complexidade lingüística. Às vezes seus enunciados parecem desconexos e podem se sentir à deriva ou deixar o interlocutor à deriva porque não conseguem estabelecer relações de sentido entre as palavras, ou entre as palavras e as coisas do mundo a que se referem, o que dificulta não apenas os processos expressivos da linguagem, mas também os interpretativos (necessários para lermos nas entrelinhas ou captarmos duplos sentidos e subentendidos), mas isso não quer dizer que têm uma deficiência mental. Podem ter dificuldades de compreender aquilo que lhes é falado e podem falar numa espécie de jargão verborrágico (jargonafasia) cujo sentido é inacessível ao interlocutor.

Com a afasia, essas mesmas dificuldades que surgem na linguagem oral podem também ocorrer em relação à escrita e à leitura. Muitas vezes o paciente afásico acredita que não consegue escrever porque a hemiplegia impede a movimentação da mão direita. As tentativas de escrita com a mão esquerda (no caso dos destros) podem ser bastante frustrantes, pois revelam que a natureza do problema é de ordem lingüística e não motora e causada pela hemiplegia.

Com a afasia, toda a atividade gestual (articulatória e corporal) também pode estar comprometida. O paciente não consegue usar gestos ou representar aquilo que quer dizer através de gestos por uma desorganização simbólica da gestualidade e não porque tenha uma dificuldade motora (hemiplegia).

Avaliando o Paciente Idoso Afásico

Toda relação médico-paciente é construída pela linguagem: a anamnese, a primeira entrevista, a história clínica, os problemas, as queixas, a história de vida. A interação entre o médico e o paciente, que ocorre no momento da consulta, é baseada na conversa, na fala, na oralidade. O paciente conta sua história, fala de suas dores, narra suas dificuldades, descreve suas doenças e queixas, relata os resultados do tratamento e dos medicamentos, analisa os efeitos de piora e melhora. O médico pergunta sobre os sintomas, sua intensidade e frequência, explica o percurso da doença, analisa o resultado de exames, os laudos, diagnóstica, prognostica.

Essa relação médico-paciente, caracteristicamente dissimétrica (médico x paciente) e heterogênea (diferentes posições socioculturais, distintas faixas etárias dos interlocutores) em sua constituição, tem suas diferenças aprofundadas na clínica geriátrica com afásicos. Na interação de pessoas não-afásicas com pacientes afásicos surge o silêncio pesaroso, a dissimetria interlocutiva (falante eficaz x falante não-eficaz), a ineficácia comunicativa.

Uma das queixas mais freqüentes dos pacientes afásicos sobre a consulta é que muitos profissionais, diante das dificuldades de comunicação impostas pela afasia, raramente interagem eles e acabam obtendo os dados da história clínica com um familiar ou com o acompanhante. Às vezes, são os próprios familiares ou cuidadores que se adiantam e falam pelo afásico.

Se a anamnese em Geriatria requer mais tempo e considerável disponibilidade do médico e dos demais profissionais envolvidos, as dificuldades de comunicação do paciente idoso afásico vão exigir ainda mais dedicação para que ele consiga se expressar e explicar o que sente.

Interagir diretamente com seu paciente idoso afásico é determinante tanto para estabelecer o diagnóstico quanto para o sucesso do tratamento. O familiar ou o acompanhante, quando presentes, podem participar da entrevista, complementando dados e ajudando o paciente com alguma informação que ele não consiga explicitar. E estar disponível para escutar seu paciente apesar das palavras truncadas, dos silêncios, através dos menores gestos e olhares é, também, condição básica da clínica geriátrica com afásicos.

Durante a anamnese, durante o exame clínico e em toda a interação com seu paciente idoso afásico não aumente a intensidade de sua voz, mesmo se o paciente tiver hipoacusia e usar prótese auditiva, porque isso só irá distorcer o som e dificultar a compreensão. Articule de forma clara mantendo a prosódia normal da fala. Assegure-se de que a sala esteja bem iluminada para que o paciente possa perceber sua expressão facial e corporal. O uso de gestos acompanhando a fala pode facilitar a compreensão do paciente. Escrever palavras-chave relacionadas a qualquer aspecto da anamnese ou do exame pode ajudar no entendimento da questão pelo paciente e em suas possibilidades de resposta. Outros recursos importantes são o desenho e o uso de esquemas tanto para avaliar o paciente quanto para explicar-lhe o porquê de certos procedimentos e informá-lo sobre sua doença e tratamento.

Muitas vezes será necessário fazer perguntas objetivas ao paciente. Dê-lhe tempo e oportunidade para organizar uma resposta que poderá ser verbal, gestual ou por escrito. Ao perceber que o paciente não compreendeu a pergunta, tente reformulá-la e/ou use algum gesto ou mímica. Os familiares muitas vezes nos ajudam a interpretar as respostas dos afásicos ou nos orientam sobre a melhor forma de fazer uma pergunta. Se o paciente tiver muita dificuldade e não conseguir responder, tente refazer a pergunta dando alternativas para a resposta do tipo “sim” ou “não” e “isto” ou “aquilo”, sempre com, no máximo, duas opções. Por exemplo, se o paciente tem queixa de dor e não responde quando o médico pergunta “*onde dói?*”, pode-se dar como alternativas “*dói a cabeça?*”, “*dói a perna?*”. Para que um diagnóstico relacionado ao sintoma dor seja possível, às vezes é fundamental que o paciente, além de referir a dor, possa descrevê-la. Ajude-o com opções do tipo “*a dor é como uma pontada ou como uma queimação?*”. Um outro recurso é escrever de forma bem legível as duas opções numa folha de papel (sempre verificando, antes, o grau de escolaridade do paciente), ou associar uma das escolhas com a mão direita e a outra com a mão esquerda. Por exemplo, erga a sua mão direita bem aberta diante do paciente dizendo “*pontada?*” e, em seguida, erga a mão esquerda dizendo “*queimação?*”. O paciente deverá apontar uma das possibilidades.

O paciente afásico poderá, não raras vezes, fornecer respostas inconsistentes e, também, responder “sim” quando na verdade a resposta que ele buscava era “não”. Em caso de dúvida tente colher mais informações com os familiares e sempre na presença do paciente. É importante para qualquer paciente e, em especial para o idoso afásico, sentir-se incluído e valorizado em todo o processo de avaliação e tratamento.

Bibliografia recomendada

Coudry MHI. Diário de Narciso – discurso e afasia, 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Morato EM. Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um Centro de Convivência de Afásicos. *Distúrbios da Comunicação*, 1999; vol.10, 2: 157-165.

Morato EM. As afasias entre o normal e o patológico: da questão (neuro)lingüística à questão social. In: Lopes da Silva F, Moura H, orgs. *Direito à fala: a questão do preconceito lingüístico*. Florianópolis: Editora Insular, 2000.

Pires JC. *De profundis, valsa lenta*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

Ponzio J, Lafond D, Degiovani R, Joannette Y, Tubero AL, Hori C. *O Afásico – convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Santos e Maltese, 1995.

Tubero AL. A história do alfaiate: processo terapêutico de um afásico. In: Passos MC, org. *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos*. São Paulo: Plexus, 1996, pp119-135.