

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE GUARATUBA
CURSO DE PEDAGOGIA

AMANDA CRISTINA MELO DE OLIVEIRA

AFASIA NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO

GUARATUBA

2021

AMANDA CRISTINA MELO DE OLIVEIRA

AFASIA NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na modalidade Artigo Científico - apresentado ao Curso de Licenciatura em Pedagogia, do Instituto Superior de Educação de Guaratuba – Faculdade Isepe - como requisito para a obtenção do título de Licenciatura em Pedagogia.

Orientadora: Professora Mariana Carolina Teixeira

GUARATUBA

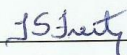
2021



TERMO DE APROVAÇÃO


A acadêmica **AMANDA CRISTINA MELO DE OLIVEIRA** – apresentou e defendeu o Trabalho de Conclusão de Curso – na modalidade Artigo Científico - intitulado **“AFASIA NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO”** para a obtenção do Título de Licenciatura em Pedagogia, sendo julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Banca Examinadora do Curso de Pedagogia.

Guaratuba, 25 de novembro de 2021.




Professora Especialista: Trindade dos Santos de Freitas
Coordenadora do Curso de Pedagogia

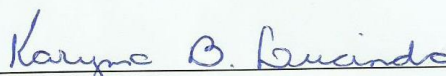
Apresentado à Comissão Examinadora, integrada pelos professores:



Professora Orientadora: Dra. Mariana Carolina Teixeira



Professora Mestre: Rosilda Maria Borges Ferreira
Avaliadora



Professora Mestre: Karyna Brunetti Lucinda
Avaliadora

AFASIA NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO

OLIVEIRA, Amanda Cristina Melo¹

TEIXEIRA, Mariana Carolina²

RESUMO

A afasia é um distúrbio da fala que dificulta a comunicação entre as pessoas, uma vez que se trata de uma lesão no hemisfério esquerdo cerebral, que pode ser ocasionado por doenças infecciosas, tumor ou acidente vascular cerebral. Quando ocorre nos primeiros anos de vida da criança, em especial antes dos dois anos é chamada de afasia do desenvolvimento. O diagnóstico precoce pode auxiliar a criança na estimulação para seu desenvolvimento e o contexto da Educação Infantil pode contribuir significativamente uma vez que a professora, instrumentalizada teoricamente pode através dos sintomas apresentados pela criança, auxiliar na detecção do quadro afásico. O presente trabalho foi constituído de duas etapas, sendo que a primeira se constituiu em pesquisa bibliográfica que permitiu à pesquisadora aprofundar os conhecimentos acerca da afasia, seus sintomas, diagnóstico e possibilidades interventivas. A segunda etapa se constituiu em pesquisa de campo onde foi entrevistada a família de uma ex-aluna, buscando conhecimentos acerca de como se deu o seu diagnóstico. Tendo em vista as atuais políticas inclusivas, é de extrema importância que o professor da educação básica esteja instrumentalizado teoricamente para auxiliar no diagnóstico de crianças que apresentem dificuldades, até porque em muitas situações a família tem dificuldade na aceitação da especificidade clínica apresentada pela criança e também precisa de acompanhamento especializado. Neste contexto, entende-se que a afasia possui especificidades que necessitam de conhecimento dos profissionais da educação, até para conseguir desenvolver estratégias de apoio para a criança.

Palavras-chave: Afasia de Broca. Ensino Regular. Professor.

1 INTRODUÇÃO

A afasia é um distúrbio de linguagem que dificulta a comunicação entre as pessoas. Normalmente ela é resultado de uma lesão cerebral tendo sua classificação de acordo com a idade de ocorrência. Se ocorre antes dos dois anos de idade, período onde a criança começa a desenvolver a linguagem, é considerada afasia de desenvolvimento. Se ocorre após essa idade e a criança já está falando, é considerada afasia adquirida (VAN HOUT, 2003, *apud* AVILA, 2009).

¹ Aluna do 8º Período do Curso de Pedagogia do Instituto Superior de Educação de Guaratuba – Faculdade Isepe. E-mail: amanda.c.m.oliveira@outlook.com

² Professora e orientadora de TCC do Curso de Pedagogia do Instituto Superior de Educação – Faculdade Isepe. Graduada em Pedagogia, Mestre em Ciências Ambientais e Doutora em Ciências. E-mail: mariana@isepe.edu.br

As lesões podem ocorrer nas zonas corticais ou subcorticais sendo que podem ou não ocasionar também danos cognitivos. Coudry (1986, p. 5) explica que a afasia “se caracteriza por alterações de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nestes incluídos aspectos gramaticais), produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central”.

O médico francês Paul Broca e o médico alemão Carl Wernicke se dedicaram a aprofundar estudos sobre a afasia, esclarecendo que há uma afasia de compreensão e uma afasia motora. A afasia de Broca ou Expressiva (motora) pode levar a criança à deficiência na compreensão de frases complexas ou elementos gramaticais (FERREIRA, 2013).

Os sintomas apresentados pela criança e como o professor de Educação Infantil podem intervir para auxiliar no desenvolvimento serão objetos de estudo do presente trabalho. O tema torna-se especialmente relevante haja vista que o trabalho docente na Educação Infantil requer instrumentalização teórica até mesmo para em alguns casos, auxiliar as famílias no diagnóstico de quadros clínicos relacionados ao desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva esta pesquisa questiona: quais são os sintomas de afasia na infância e como o professor de educação infantil pode auxiliar nesse processo?

Dessa forma essa pesquisa tem como finalidade apresentar sobre as afasias em específico sobre a afasia da área de Broca na educação infantil e quais os métodos que o professor deve utilizar na sala de aula para auxiliar a criança no desenvolvimento oral e cognitivo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo foi realizado uma proposta bibliográfica e metodológica de caráter qualitativa e também a realização de uma entrevista para que se lograsse a apurar a contribuição sobre o estudo de caso. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados: Coudry (1996); Ferreira (2013); Paula (2019); Springer (1998); Guarinello (2007); Boone e Plante (1994); Rocha (2009); Souza (2021); Marques (2021); Zappelini (2017); Liechty e Garber (2004); Leal (2003); Pagliarin (2013); Junqueira (1983); Santana (1999); Fontanesi (2016); Polônio (2013); Franco (2015); Vygotsky (1988) e demais autores que contribuíram para o êxito dessa pesquisa.

A entrevista foi realizada na residência dos pais de uma ex-aluna que são moradores no município de Guaratuba-PR, no qual chamaremos de Ana para a aluna e de Maria para a mãe, para preservarmos suas identidades. Na própria residência, a pesquisadora foi bem recebida e após conversas, foi aplicado um questionário com a mãe da aluna que se mostrou disposta em responder as perguntas e dúvidas sempre que solicitadas referente ao tema. O presente estudo fundamentou-se em analisar as respostas da mãe através da entrevista realizada, com o intuito de investigar sobre a afasia, conhecer como ocorreu o processo até o diagnóstico final e quais profissionais auxiliam as crianças que apresentam afasia. A entrevista, numa abordagem qualitativa, procura interpretar a forma como as pessoas irão responder e analisar os dados coletados. Sendo assim, procura-se transmitir e explorar sobre o objeto de estudo, tornando-o esclarecedor para que o pesquisador possa refletir e conhecer o tema em questão.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 AFASIA DE BROCA OU EXPRESSIVA

Inicia-se este estudo com uma breve explanação sobre os distúrbios relacionados à linguagem que sempre existiram, no entanto, a ausência de compreensão científica fazia com que o diagnóstico e o tratamento não ocorressem de forma adequada. Para Paula (2019), na Antiga Grécia buscavam explicar a dificuldade de linguagem, e na observação do corpo humano acreditavam que havia um “centro de comando”, tecendo considerações entre a ligação dos nervos com o cérebro e que este, exercia domínio sobre o corpo.

Até o século XVII, a teoria dos ventrículos explicava a afasia como uma lesão no quarto ventrículo e o aperfeiçoamento dos estudos em anatomia e fisiologia passaram a aprimorar o diagnóstico. Leonardo da Vinci (século XV) colaborou com desenhos mais precisos sobre a anatomia humana, mas foi Andrea Vesalius (1514-1564) quem questionou a origem afásica no quarto ventrículo (PAULA, 2019). Porém, conforme a autora, no período medieval a Igreja condenava o acesso ao corpo humano após a morte, dificultando os estudos neurológicos. E foi apenas com o declínio do poder da Igreja que se ampliaram os estudos sobre as especificidades cerebrais.

De acordo com Ferreira (2013) foi o médico francês Paul Broca no ano de 1861 que realizou a autópsia de um paciente com muita dificuldade de fala que apresentava uma lesão na terceira circunvolução frontal do hemisfério esquerdo. E após muitos estudos e em análise de outros casos, concluiu no ano de 1864 que as dificuldades de linguagem ocorriam após lesões no lobo frontal do hemisfério esquerdo e que esta região cerebral era responsável pela linguagem.

Em relação ao conceito de afasia, Springer (1998) explica que a principal área afetada pela afasia de Broca é a fala do paciente. O que não significa que a compreensão tenha sido afetada. Desta forma, entende-se que o paciente entende tudo o que ouve, porém, pela lesão nas regiões cerebrais que produzem a fala, ele não consegue expressar corretamente os seus pensamentos.

Cada indivíduo pode apresentar dificuldades diferentes em relação às alterações da linguagem ocasionadas pela afasia, uma vez que os danos neurológicos podem ocorrer em localização distinta e também em diversos graus de comprometimento. Assim, pode haver pessoas afásicas que compreendem a linguagem, mas têm dificuldade em se expressar enquanto outras podem falar em demasia, porém, sem muito sentido para quem as ouve (FERREIRA, 2013).

Seguindo essa linha, Guarinello (2007) complementa destacando que a afasia altera a linguagem devido às lesões cerebrais no hemisfério esquerdo. Ela pode ser ocasionada por traumatismo craniano, acidente vascular cerebral e ocasionar também hemiplegia, apraxias e agnosias em diversos graus de acordo com a severidade da lesão cerebral.

Conforme Ferreira (2013), a afasia de Broca pode fazer com que a criança tenha muita dificuldade em articular frases, desta forma, com o tempo ela vai reduzindo a sua capacidade de se expressar e precisa ser estimulada para que não perca completamente a capacidade de fala. O que se observa é que, embora não articule palavras, a compreensão verbal não sofreu prejuízos, e assim a criança consegue entender ao menos as frases mais simples. Com a dificuldade de se expressar através da fala estimulando o pensamento, a compreensão da leitura e a escrita também se tornam mais difíceis.

Contribuindo com os autores citados, Boone e Plante (1994) destacam que a manifestação da afasia nas crianças, tem como principais sintomas a comunicação de ideias através de frases curtas, talvez até pela imaturidade infantil e vocabulário limitado. A fala simples pode parecer telegráfica, porém, pode ser melhorada com o

tempo, ao passo que a criança vai aprendendo palavras novas e principalmente sendo estimulada ao desenvolvimento.

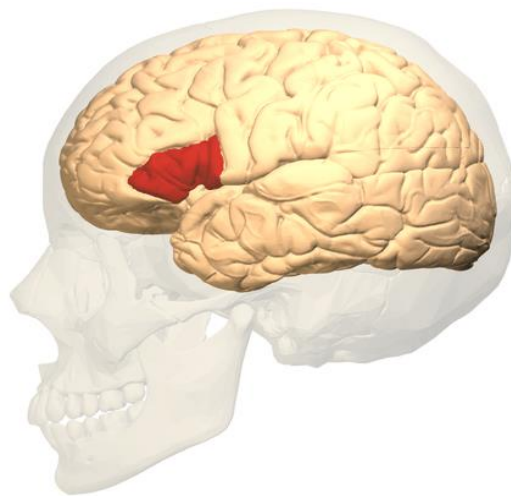
A área de Broca é considerada a parte cerebral responsável pela produção da linguagem. Desta forma, o paciente apresenta dificuldade para organizar as palavras e frases, embora a capacidade de compreender o que a outra pessoa fala, permanece preservada (ROCHA, 2009).

Nesse sentido, a afasia é um distúrbio que segundo Coudry (1996, p. 5): “se caracteriza por alterações de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta, incluídos aspectos gramaticais), produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central”. Para Souza (2021), ela pode ser ocasionada por lesões cefálicas, tumores cerebrais ou ser ocasionada por um acidente vascular cerebral.

Clinicamente, há aproximadamente oito tipos de afasias, porém, são separadas em dois grandes grupos, sendo afasia motora expressiva e afasia sensorial e receptiva e também são classificadas no que se refere à linguagem em não fluente, fluente e global (MARQUES, 2021).

A ocorrência de lesões na área de Broca (Figura 1), que é considerada o centro da fala, faz com que o indivíduo não consiga produzir corretamente a fala. Coudry (1996, p. 5) explica que o afásico “do ponto de vista linguístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados recursos de produção ou interpretação”.

FIGURA 1 – ÁREA DE BROCA



FONTE: Maestro Virtuale (2017).

Para Zappellini (2017), a afasia de Broca faz com que o indivíduo tenha muita dificuldade para encontrar as palavras certas para expressar os seus pensamentos, além de se expressar com pausas e repetições, uma vez que as lesões no lado esquerdo do cérebro ocasionam também dificuldades motoras que influenciam na organização do movimento de fala

A lesão na área de Broca faz com que o indivíduo se expresse pouco através da linguagem e também tenha dificuldade para compreender o que ouve. A ausência de compreensão e a dificuldade em expressar suas ideias, faz com que incidência de depressão e suicídio seja ampliada. Liechty e Garber (2004, p. 3) destacam que “para alguns afásicos, a pressão é muita, e deixam-se vencer pela depressão e até tentativas de suicídio”.

A maneira como o paciente encara o distúrbio também está relacionada à sua idade, ocupação e escolaridade, e também é influenciada pelo apoio familiar e de seu círculo próximo de amizades (ZAPPELINI, 2017).

3.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A intervenção terapêutica depende da realização de um diagnóstico preciso, que indique o grau de comprometimento da linguagem e desta forma indique os melhores caminhos a serem percorridos. Leal (2003, p. 130) destaca que “uma avaliação adequada dir-nos-á o que um doente consegue e não consegue fazer”. Sendo de suma importância a compreensão do quadro clínico.

O Exame de Afasia M1 foi trazido para o Brasil na década de 80 sendo conhecido como Beta 86. Ele avalia praxias verbais e não verbais, orientação espacial, componentes linguísticos e conhecimentos aritméticos, porém, este teste não abrange uma compreensão mais ampla, uma vez que está mais focado aos signos isolados (PAGLIARIN, 2013).

Junqueira (1983) explica o teste de afasia. Para o autor, há deficiências em sua realização, uma vez que não se consegue mensurar o real conhecimento do paciente no que se refere à produção de texto ou compreensão do texto escrito pois se realiza apenas uma conversação dirigida, onde pela forma superficial que é feita, se consegue poucos elementos sobre o real nível de comprometimento.

Já o Teste de Boston (BDAE) busca traçar o perfil de linguagem do paciente após uma lesão cerebral considerando elementos como a repetição, articulação e

fluência a fim de delimitar qual o tipo de afasia através de um sistema de pontos, onde quanto mais pontos, mais próximo ao grau de normalidade (ZAPPELLINI, 2017).

Para Pagliarin (2013), o BDAE é o sistema mais utilizado tanto nacionalmente como internacionalmente, tendo sido adaptado para diversas línguas como o francês, o espanhol e se atualizado pelos avanços neurolinguísticos para permitir que sejam mensuradas complexidades narrativas e discursivas.

No Brasil, conforme Zappellini (2017), o Teste de Reabilitação das Afasias criado no Rio de Janeiro foi elaborado pensando nas necessidades linguísticas do povo brasileiro, porém, ressalta que a forma como os testes quantitativos são realizados, com palavras fragmentadas e descontextualizadas são diferentes de uma situação onde haja um locutor e um interlocutor, e desta forma, os testes não conseguem mensurar exatamente a categoria afásica do paciente.

Assim, conforme Coudry (1986) a maneira como os testes são realizados, fazem com que se rotule o paciente como 'afásico' ignorando o seu passado, a sua cultura, o seu nível de comprometimento, de certa forma, anulando também a sua identidade.

A avaliação qualitativa, por outro lado, faz do indivíduo afásico um sujeito que fará parte de situações de linguagem, onde deve relatar seu entendimento, suas considerações e utilizar a leitura e a escrita para intermediar seus pensamentos. Ao invés de questionários são utilizadas imagens que representem momentos da vida do paciente, objetos significativos sobre o qual ele poderá discursar (SANTANA, 1999).

3.3 TRATAMENTO DE AFASIAS

Para que seja realizado um tratamento adequado, é preciso que o diagnóstico seja preciso, mensurando corretamente a extensão da lesão, a idade do paciente, a dominância manual, sendo que estes fatores influenciam na recuperação e no tratamento, que deve ser diferenciado uma vez que não se pode submeter a uma terapêutica uma criança que não domina a leitura e a escrita, de um adulto que já possuía esses conhecimentos (FONTANESI, 2016).

Para Boone e Plante (1994) o processo de reabilitação da pessoa afásica passa prioritariamente pelo incentivo à comunicação. Ou seja, é preciso que ocorra um esforço da equipe multidisciplinar que atende o paciente em sua família no incentivo

à fala do paciente, para que ele organize corretamente suas ideias e possa se expressar através da fala.

Há casos onde se estabelece a necessidade de estimulação, abordagens sociais e psicossociais, multidimensionais e o sucesso do tratamento também se relaciona com a seriedade, assiduidade e tempo de início pós-lesão. Quanto antes se inicia o tratamento, melhores são as respostas do organismo. Boone e Plante (1994, p. 243) destacam que “a principal meta na reabilitação da afasia é melhorar a linguagem auditivo-oral. Problemas persistentes de compreensão verbal auditiva e fala parecem ser o que mais aborrece os pacientes e seus familiares”.

Com o avanço da ciência, na atualidade casos de afasia também podem receber tratamentos que incluem estimulação elétrica transcraniana, nomeações de verbos entre outras. A estimulação elétrica transcraniana se utiliza de pulsos magnéticos para aumentar ou diminuir a atividade cerebral na área lesionada, auxiliando no funcionamento dos neurônios (FONTANESI, 2016).

3.4 A AFASIA EM CRIANÇAS E AS INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS

A afasia é mais comum em pessoas adultas, no entanto, as crianças também estão sujeitas, em menor índice, ao desenvolvimento desta patologia, considerada então como afasia desenvolvimental, quando ocorre antes do desenvolvimento da capacidade linguística ou adquirida, quando perde a capacidade linguística acometida por algum fator externo (FERREIRA, 2013).

Para Boone e Plante (1994), embora seja menos comum do que a afasia em adultos, a afasia em crianças também pode ocorrer devido à um dano cerebral que pode ser ocasionado por doenças infecciosas, por derrame cerebral, acometimento de tumor ou convulsões. Na criança a afasia é chamada de afasia infantil e a área afetada é a mesma do adulto, no hemisfério esquerdo.

No Brasil o primeiro relato de afasia infantil remonta da década de 50 do último século, relatado por Antonio B. Lefèvre em sua Tese de Doutorado para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FERREIRA, 2013).

As principais características que apontam para um diagnóstico de afasia na criança são confusões no uso de palavras ou frases, ou seja, expressão de termos que não expressam o que ela deveria ou gostaria de falar, a ausência de interiorização

da palavra, não a remetendo ao seu significado além de um tempo demasiado para entender uma ordem ou um pedido que lhe foi feito (FERREIRA, 2013).

Conforme Boone e Plante (1994), a criança afásica pode ter dificuldade em compreender uma mensagem que lhe é falada, principalmente se nesta frase forem utilizados termos mais complexos ou elaborados. Desta forma, apesar da criança ter a sua área de inteligência e audição normais, é possível que ela tenha dificuldades na elaboração de atividades dentro do contexto escolar.

A afasia de Broca é a mais encontrada, sendo que o comprometimento da compreensão é leve ou pouco comprometido, porém, pelo comprometimento motor, a fala é dificultada, fazendo com que o paciente com o passar do tempo, e pela dificuldade, deixe de falar (FERREIRA, 2013).

De acordo Springer (1998), o paciente com afasia tem um certo receio em falar. Pela dificuldade que sabe que tem em se comunicar utilizando a linguagem oral, é comum que vá se retraindo, falando pouco, se sentindo constrangido. A fala dificultosa é classificada como telegráfica.

A criança com afasia, ao contrário do adulto, que já com uma história de vida e de uso da fala, ainda se esforça para expressar suas ideias, prefere o silêncio ao invés da fala, nestes casos a estimulação para que utilizem a linguagem oral é de extrema importância neste caso. Pela fala debilitada, a dificuldade de escrita encontra-se associada (FERREIRA, 2013).

No contexto escolar, a utilização da Comunicação Alternativa Assistida pode ser um recurso extremamente importante no estabelecimento da linguagem na criança e ampliação da comunicação de seus conhecimentos, sentimentos e vontades (POLÔNIO, 2013).

O professor tem um papel muito importante quando o assunto é afasia em criança. Ele, instrumentalizado pelo conhecimento teórico, pode auxiliar na identificação da criança que fala pouco, que não consegue se comunicar com clareza, que tem dificuldade para aprender podendo representar um caso de afasia que ainda não foi diagnosticado ou por outro lado, contribuir na terapêutica utilizando recursos para incentivar a criança a expressar suas ideias (FERREIRA, 2013).

A Comunicação Alternativa pode ser realizada através de diversos materiais, sendo os mais comuns, as pranchas de comunicação, que são construídas junto com a criança utilizando imagens, letras, símbolos e gráficos para que a criança possa expressar seus sentimentos e pensamentos (FRANCO *et. al*, 2015).

Para Sartoretto e Bersch (2013) a utilização da comunicação alternativa busca contribuir significativamente com a expressão do paciente afásico, que, quando não consegue se comunicar através da fala, poderá se utilizar de outros recursos como os gestos, os sons ou até mesmo expressões faciais para demonstrar aos demais aquilo que está sentindo ou necessitando, interagindo com mais qualidade com as pessoas de seu convívio.

A utilização de Comunicação Alternativa vem da década de 50 do último século, chegando ao Brasil na década de 70, porém, se popularizando no país de maneira muito lenta e progressiva. Considerando a importância da comunicação para o desenvolvimento da criança. Schirmer (2004) *apud* Brasil (2007, p. 58) destaca que “a CAA deve ter por objetivo tornar o sujeito com distúrbio de comunicação o mais independente possível em suas situações comunicativas”. E com isso, melhorar diversos aspectos de sua vida.

A comunicação é de extrema importância na vida social da criança. Neste interim, a utilização de elementos que favoreçam a comunicação deve ser privilegiada e priorizada no atendimento à criança afásica. A Comunicação Alternativa pode ser utilizada com a criança afásica tanto de maneira complementar, quanto de maneira efetiva, sendo também útil nos casos de reabilitação ao permitir que a criança adquira autonomia em sua expressão de ideias como aumenta a qualidade de sua comunicação (FRANCO, 2015).

De acordo com a idade da criança se estabelece a melhor metodologia e os recursos. A utilização do Picture Communication Symbols (PCS) que se trata de um sistema onde a comunicação se baseia no uso de figuras pode auxiliar no tratamento das crianças em fase pré-alfabetização. Vygotsky (1988, p. 9) ressalta que “a palavra nunca se refere à um objeto isolado, mas a todo um grupo ou classe de objetos. Por essa razão, cada palavra é uma generalização latente, toda palavra já generaliza e, em termos psicológico, é antes de tudo uma generalização”.

Desta forma, a intervenção pedagógica deve buscar conhecer as particularidades e necessidades da criança afásica para a elaboração de metodologias que lhe auxiliem no desenvolvimento da linguagem e melhora de sua autoestima e socialização.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Em associação com a primeira pergunta sobre quais os primeiros sinais em que desconfiou de algo com a Ana e com que idade, a mãe da menina informou que os primeiros sinais surgiram em torno de 1 ano e 2 meses de idade, quando percebeu que a menina não falava nada. Posteriormente, Maria, a mãe de Ana, decidiu levá-la ao médico para que pudesse ser realizada uma investigação, pois desconfiava de algo. Porém o médico informou que é supernormal até dois anos de idade a criança não falar nada. Após alguns meses Ana começou a balbuciar, mas a mãe ainda desconfiada de algo a levou até uma fonoaudióloga e a profissional informou aos pais que não seria normal e deram início à investigação. A mãe de Ana retornou ao médico e solicitou um encaminhamento para a fonoaudióloga, mesmo já tendo levado a mesma. O médico demonstrou um pouco de insatisfação, pois, já havia dito à mãe que Ana não tinha nada, mas, mesmo assim, disponibilizou um encaminhamento.

Os estudos apresentados (Boone e Plante, 1998 e Ferreira, 2013) ressaltam as dificuldades da fala como sinal que pode indicar a afasia. E, embora relatem que é comum que as crianças evitem falar por conta da dificuldade, nenhum dos autores relata especificamente sobre a identificação da afasia em crianças mais novas que ainda estão no início do desenvolvimento da fala. É possível que um leve atraso no desenvolvimento da fala passe muitas vezes despercebido pelas famílias e até por profissionais. Neste caso, não fosse a insistência da mãe de Ana, possivelmente a afasia se seria descoberta mais tarde.

Foi então que Ana realizou em torno de seis sessões com a fonoaudióloga, que solicitou exame de autismo. Nesse meio tempo a mãe procurou por conta própria um neurologista, que descartou a possibilidade de a menina ser autista. Foi então que solicitou o exame de ressonância magnética e o resultado apresentou uma lesão cerebral. A mãe, com o resultado em mãos procurou outro neurologista, que também afirmou que Ana tinha uma lesão cerebral, que provavelmente ocorreu a partir do 6º mês de gestação ou nos primeiros segundos em que nasceu, possivelmente por falta de oxigênio.

Os tratamentos se iniciaram com um ano e oito meses de idade, a investigação durou cerca de quatro meses. Após o diagnóstico Ana iniciou os tratamentos com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicóloga e fisioterapeuta. A fisioterapia auxilia as pernas que são tortas em decorrência da lesão. A menina também utiliza palmilha

específica que auxilia em: correr, pular, etc. A grande dificuldade que a família teve antes do diagnóstico foi em relação à comunicação. Quando Ana queria algo, ela apontava com o dedo e a família “adivinava” o que ela desejava. Ana começou a falar por volta dos dois anos e seis meses de idade, a mãe afirma que foi um trabalho em conjunto entre as terapias, escola e a família. Para Ferreira (2013) o que se observa é que, embora o afásico não articule palavras, a compreensão verbal não sofre prejuízos, e assim a criança consegue entender ao menos as frases mais simples. Com a dificuldade de se expressar através da fala estimulando o pensamento, a compreensão da leitura e a escrita também se tornam mais difíceis.

Maria, a mãe da menina, ressaltou que a dedicação da professora Amanda foi essencial para o desenvolvimento de Ana, que não teria sido o mesmo apenas com as terapias. Por volta dos 3 anos de idade, Ana começou a se alimentar sozinha, parou de usar fralda e atualmente está com 5 anos de idade e continua realizando acompanhamento com terapeuta ocupacional, psicóloga, fonoaudióloga e psicopedagoga. A professora atual informou que Ana está acompanhando sua turma. Foram realizados alguns exames que constataram que Ana não tem memória auditiva, o que o neurologista atribuiu a essa lesão na área de broca, que atinge a memória, coordenação motora fina, fala etc. Porém, sua memória visual é muito boa.

Na última consulta com o neurologista, ele informou que não fosse o diagnóstico e a intervenção precoces, possivelmente Ana teria algum retardo mental e até sua aparência poderia ter sido afetada e haveria maior comprometimento de suas habilidades. Como a mãe da menina procurou ajuda cedo e teve pessoas próximas dispostas que ajudaram Ana nesse processo, isso não ocorreu. O neurologista também comentou que o comando da fala é um pouco lento e em algumas situações ela gagueja, e está é uma situação que não vai mudar. Assim, a família para se comunicar com a Ana, quando ela solicita algo, é escutando primeiro, mesmo que ela esteja gaguejando, o adulto não pode finalizar a frase interrompendo-a, sendo assim, ela fica tranquila e consegue se expressar.

Esta forma de atuar está em acordo com o que é apresentado por Boone e Plante (1994) como principal foco das intervenções nos afásicos: estimular a comunicação. De que maneira esse estímulo deve ocorrer será determinada de acordo com as especificidades de cada caso, como destaca Fontanesi (2016). Para Ana, conforme relatado, o simples fato de a família dispor a ela o tempo que

necessitava para ordenar suas ideias e expressá-las, sem que fosse interrompida por adivinhações, foi importante para seu desenvolvimento.

O Neurologista deu recentemente um diagnóstico geral em que Ana teve realmente uma paralisia cerebral que ocasionou a lesão na área de Broca, apraxia da fala, TOC (transtorno obsessivo-compulsivo) TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade), transtorno de processamento sensorial, ansiedade e gagueira.

5 CONCLUSÃO

Quando a afasia por lesão na área de Broca acomete a criança, as dificuldades de comunicação se tornam maiores, principalmente porque a criança, ainda em desenvolvimento está estruturando seu pensamento, ampliando seu vocabulário o que acaba tendo reflexo em sua comunicação através da oralidade e também interferindo na compreensão de vocábulos mais complexos e elaborados. Essa foi a situação observada no caso estudado, no qual um evento de paralisia cerebral causou a lesão e a conseqüente afasia.

No entanto, o diagnóstico precoce e as intervenções terapêuticas por equipe multidisciplinar envolvendo psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicopedagoga auxiliaram a criança em seu desenvolvimento e também apoiaram e instrumentalizaram a família para que esta conseguisse compreender as especificidades do quadro clínico e com paciência e amor, ajudar a criança a se desenvolver.

Houve também um importante trabalho na escola, que apoiou a investigação e ofereceu um atendimento específico para a criança. Assim, demonstrou-se que a escola também deve trabalhar em conjunto, e a professora da criança desempenha um papel relevante no acolhimento, respeito e estimulação da criança para que ela consiga superar seus limites, e a cada dia, ir além.

Em suma, a atenção dos profissionais da educação a esta condição pouco conhecida é importante, pois pode garantir um encaminhamento para diagnóstico e intervenções precoces que podem auxiliar o desenvolvimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas com a afasia na infância.

REFERÊNCIAS

AVILA, L. N. **A linguagem em crianças e adolescentes acometidos por acidente vascular cerebral infantil.** 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16377/000699045.pdf?sequence=1>> Acesso em 10/06/2021.

BOONE, D. R.; PLANTE, E. **Comunicação Humana e seus Distúrbios.** 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BRASIL. **Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007**, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07/01/2008. Brasília, Janeiro 2008.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996

FERREIRA, F.A.K. **Compreensão e encaminhamentos da afasia pelo profissional docente.** 2013. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Francielle-Aparecida-Krieger.pdf>> Acesso em 20/09/2021.

FONTANESI, S.R.O. **Intervenções em afasia: uma revisão integrativa.** 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/xdSTnMzwDxY9s6pYcP4ZvKm/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 20/09/2021.

FRANCO EC, CARLETO NG, LAMÔNICA DAC, CALDANA ML. **Intervenção nas afasias com o uso da comunicação suplementar e/ou alternativa.** Rev. CEFAC, maio/jun. 2015, vol.17, no.3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000300956&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 29/09/2021

FREIXO, A. **A importância da comunicação aumentativa/alternativa em alunos com paralisia cerebral no 1º ciclo do ensino básico.** Tese de Mestrado. Lisboa, Escola Superior de Educação João de Deus.2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUARINELLO, A. C. et al. **Abordagens Grupais em Fonoaudiologia: Contextos e Aplicações.** São Paulo: Plexus, 2007.

JUNQUEIRA, L. C. U.; JUNQUEIRA, L. M. M. S. **Técnicas básicas de citologia e histologia.** São Paulo: Santos Editora, 1983.

LEAL, G. **Avaliação da afasia.** Psychologica. 2003.

LIECHTY, J. GARBER, D. **Dealing with Aphasia; Three Simple Rules.** RehabilitationNursing. 2004. Disponível em: <> Acesso em 23/09/2021.

MAESTRO VIRTUALE. **Area de broca.** 2017. Disponível em: <<https://maestrovirtuale.com/area-broca-funcoes-anatomia-e-doencas/>> Acesso em 22/09/2021.

MARQUES, V. **Afasia**. 2021. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/1de0249578c2fb9d36f35ed5b7b834e6-Afasia.pdf>> Acesso em 21/09/2021.

PAGLIARIN, K.C et al. **Instrumentos para avaliação da linguagem pós lesão cérebro vascular esquerda**. Rev. CEFAC. 2013 Mar-Abr; 15(2):444-454. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n2/166-11.pdf>> Acesso em 27/09/2021.

PAULA, J.C. **O conceito de afasia segundo Paul Broca**. 2019. Disponível em: <https://www.abfhib.org/FHB/FHB-14-2/FHB-14-02-05-Jaime_Romulo.pdf> Acesso em 08/06/2021.

POLONIO, F. C. **O desenvolvimento da linguagem no paralisado cerebral com afasia motora**. 2013. Disponível em <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2013/trabalhos/co_04/102.pdf> Acesso em 01/10/2021.

ROCHA, J. M. V. **Análise do quadro clínico da linguagem verbal em pacientes adultos jovens acometidos por acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico**. 2009. Disponível em <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Francielle-Aparecida-Krieger.pdf>> Acesso em 09/06/2021.

SANTANA, A.P.O. **O lugar da linguagem escrita na afasiologia: implicações e perspectivas para a neurolinguística**. 1999. Tese. (Mestrado em Estudos da Linguagem) – UNICAMP. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000188790> Acesso em 20/09/2021.

SARTOROTTO, M. L.; BERSCH, R. **O que é Comunicação Alternativa?** 2013. Disponível em www.assistiva.com.br Acesso em 19/09/2021.

SPRINGER, S. P; DEUTSCH, G. **Cérebro Esquerdo, Cérebro Direito**. Trad. Thomaz Brain; Right Brain. 3ª Ed., São Paulo: Summus, 1998.

VYGOTSKI, L. S., **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

ZAPPELINI, C.C. **Avaliação de linguagem escrita de sujeitos afásicos: um estudo de caso à luz da neurolinguística enunciativa discursiva**. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186549/PLLG0712-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>> Acesso em 24/09/2021.