

Reabilitação fonoaudiológica em grupo de pacientes afásicos

Rosiney Polisel Cernescu¹; Caroline Alves Galvão Leite² & Wanessa Malaghini Lessa²

Resumo

O presente trabalho objetiva demonstrar a importância do mediador na reabilitação do paciente afásico, proporcionando reflexões sobre o trabalho em grupo, verificando a viabilidade do prognóstico ser favorável ou não no que se refere à reabilitação da linguagem em pacientes afásicos inseridos em terapias de grupo. A visão contextualizada do afásico, neste trabalho, não se restringe à linguagem, mas às próprias dimensões que o grupo social confere à sua perda e à conseqüente possibilidade de reabilitação, além da recuperação do indivíduos. Desta forma, devemos pensar na proposta de um modelo de reabilitação, além da recuperação da linguagem. Em outras palavras, na busca de melhoria de qualidade de vida desses indivíduos. Nos resultados obtidos, foi comprovada a eficiência da intervenção terapêutica fonoaudiológica em grupo, a qual não deve substituir e sim complementar a terapia individual, pois na terapia em grupo os pacientes possuem oportunidades de aplicação de novas habilidades de comunicação a contextos de conversação, sendo esta mediada pela terapeuta que auxilia a participação destes na conversação.

Palavras-chave: mediador; reabilitação; reflexões; grupo; fonoaudiologia.

CERNESCU, R. P.; LEITE, C. A. G.; LESSA, W. M. Reabilitação fonoaudiológica em grupo de pacientes afásicos. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 77-91, out. 2000.

Introdução

“De todos os traços de diferenciação do homem em relação aos outros animais, nenhum é mais importante, precioso e evoluído do que a linguagem” (Jakubovicz, 1996). A história, a cultura, as artes e tudo mais que compõe o universo humano só pôde ser construído, conquistado e imaginado a partir do momento em que o homem adquiriu linguagem, pois sem ela o homem seria apenas mais um primata na linha da evolução. Entretanto, o homem comum, o leigo, raramente valoriza sua capacidade lingüística, ignorando o valor que a linguagem proporciona na integração social e na organização dos seus pensamentos.

A linguagem parece um atributo simples e natural, a que todos têm direito, pois nela há situações que podem se transformar em momentos dramáticos em que o homem, de qualquer raça ou de qualquer nível social, percebe que não pode mais falar, escrever ou ler (Jakubovicz, 1998).

Dessa maneira, fica explícita a importância do estudo não só da afasia, mas do indivíduo afásico, considerando as modificações da vida pessoal e inter-pessoal, devidas à sua lesão cerebral, aos déficits que ela provoca e às conseqüências destes, buscando sempre a possibilidade de redescobrir o indivíduo que está por trás da afasia.

Ainda segundo Jakubovicz (1996), “o indivíduo, ao ficar afásico, percebe que não mais tem comando sobre sua forma de interiorização verbal, parecendo ser uma pessoa diferente daquela que era antes. O afásico vive o peso da solidão mais profunda. Sente-se incompreendido. Para a família,

¹ Docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Endereço para correspondência: Av. Paris, 675. Jardim Piza. 86041-140 Londrina, Paraná, Brasil.

² Discentes do curso de Fonoaudiologia da UNOPAR.

sua presença torna-se muitas vezes um fardo e ele se sente aprisionado dentro de si, sem conseguir, embora o deseje, ter uma ligação com o mundo exterior. Tudo isso porque não consegue mais dizer o que pensa, ou não compreende mais o que os outros dizem”.

A partir daí objetivou-se demonstrar a importância do mediador, proporcionando reflexão sobre o trabalho em grupo, e verificar a viabilidade do prognóstico ser favorável ou não no que se refere à reabilitação da linguagem em pacientes afásicos inseridos em terapias de grupo.

A visão contextualizada do afásico, neste trabalho, não se restringe à linguagem, mas às próprias dimensões que o grupo social confere à sua perda e à conseqüente possibilidade de readaptação do indivíduo. Desta forma, devemos pensar na proposta de um modelo de reabilitação, além da recuperação da linguagem. Em outras palavras, na busca de melhoria de qualidade de vida desses indivíduos.

Considerações da Literatura

Linguagem é um sistema de comunicação natural ou artificial, humano ou não-humano, podendo se referir à linguagem corporal (humana), às expressões faciais, às reações do nosso organismo (tanto aos estímulos do meio, como de nosso pensamento), à linguagem dos outros animais, aos sinais de trânsito, à música, à maneira de nos vestirmos, à pintura, enfim, todos os meios de comunicação, sejam cognitivos (internos), sócio-culturais (relativos ao meio) ou da natureza como um todo.

A linguagem pode ser considerada como uma capacidade do ser humano de se inter-relacionar de forma inteligente e compreensível, a qual nos permite compreender os comandos que nos são transmitidos através de impulsos visuais ou auditivos e elaborar respostas por auto-iniciativa ou reacionais a algum estímulo externo, quando também transmitimos o nosso sentimento.

A linguagem é constituída pela troca de significados em contextos interpessoais, que se constituem em estruturas semióticas preenchidas de valores, o que permite aos participantes fazer prever aspectos essenciais, e assim, compreender um ao outro.

A fala é um aspecto puramente mecânico, constituindo um dos veículos da expressão ideativa, ou seja, é a produção e articulação dos sons com um significado, e a linguagem é a compreensão e o uso de símbolos; ela é estruturada pela incorporação de conceitos que representam símbolos de noções abstratas e concretas.

Os aspectos funcionais da linguagem podem ser classificados em Comunicação Inter-Individual ou Linguagem Exterior, que é um sistema de respostas através do qual os indivíduos se comunicam, e Comunicação Intra-Individual ou Linguagem Interior, que é um sistema de ação que capacita o pensamento e atuação do indivíduo.

A linguagem constitui-se de signos e símbolos, onde o signo é arbitrário, podendo ser construído no interior da linguagem específica e não uma teoria geral das linguagens. O signo é composto por duas facetas inseparáveis que são o *significante*, uma seqüência linear dos sons, e o *significado*, um conceito que se constrói com a matéria fônica do significante. O símbolo é motivado e não pode ser permutado por outro sinal qualquer.

No processo de aprendizagem da linguagem, as palavras são vinculadas aos objetos dentro de um determinado conceito; sendo assim, desde que a criança tenha assimilado um determinado conceito através de um símbolo, toda vez que este vier à tona, a consciência arrastará consigo uma série de evocações e associações baseadas no aprendizado que lhe deu o conceito. Quando a criança chega ao nível da consciência, da palavra “lápiz”, por exemplo, são evocados os conceitos relativos ao objeto (lápiz): forma, cor, utilidade. Após isso, os mecanismos de percepção e de evocação são os que permitem a identificação dos conceitos já formados. Assim, o indivíduo compreende o mundo exterior através das palavras que ouve ou lê (mecanismo de percepção), enquanto ao falar e/ou escrever estará traduzindo em símbolos convencionais, dentro de uma comunidade, os conceitos adquiridos pelo aprendizado.

São as seguintes as funções da linguagem:

- *Função Comunicativa*: é a mais importante, pois garante a socialização do indivíduo no processo de aprendizagem.
- *Suporte do Pensamento Lógico*: a linguagem é canalizada através da dupla articulação, ou seja, é a capacidade do ser humano em compor duas espécies de unidades hierarquicamente estruturadas, significando compor o *morfema*, que é a unidade significativa do sistema lingüístico; e o *fonema*, unidade não significativa, mas que atua como elemento distintivo.
- *Expressão dos Estados Emocionais*: é o indivíduo expressando os seus sentimentos através da linguagem.
- *Afirmção do Eu*: tem implicações importantes na psicologia do ser humano, através das oposições eu/tu, proporcionadas pelos mecanismos da linguagem.
- *Função Estética*: pode-se introduzir muita expressividade e flexibilidade em nossas manifestações vocais mediante acentuação, velocidade, altura do som e modo de articular as palavras.

Quanto à diferença entre língua e linguagem, verifica-se que língua pode ser definida como sendo um instrumento da linguagem, enquanto que a linguagem se expressa através da língua.

Como componentes da linguagem, temos:

- *Emissor*: sujeito ativo da relação comunicativa (falante ou escritor).
- *Receptor*: decodificador da mensagem comunicativa (ouvinte ou leitor).
- *Código*: código de significações comum entre os sujeitos da relação comunicativa (língua).
- *Canal*: canal físico que une emissor e receptor e um contágio psíquico entre eles (aparelho fonador e/ou ouvido).
- *Contexto*: um mesmo contexto para emissor e receptor (ambiente lingüístico e social).
- *Mensagem*: corporificação da informação transmitida (o discurso).

Postulados básicos da linguagem

Os postulados básicos da linguagem dividem-se em *fonemas*, *morfema*, *sintagma*, *sintaxe* e *semântica*.

Os fonemas são as menores unidades distintivas de uma língua oral-articulada. Eles são os sons elementares que o aparelho do homem pode produzir, ou seja, é todo som capaz de estabelecer distinção significativa entre duas palavras de uma língua; na escrita chama-se grafema, a letra ou conjunto de letras a que corresponde.

O morfema é um sinal mínimo de uma língua e constitui o menor segmento lingüístico significativo, representando uma vertente significada, um sentido; eles são constituídos por um número variável de fonemas e podem ou não representar uma palavra.

O sintagma é a relação de elementos significativos, isto é, representa o conjunto de morfemas seriados necessários à formação do sentido e/ou da frase, e serve para designar a seqüência das unidades em que se funda a cadeia verbal.

A sintaxe é o conjunto de regras que permite a ordenação correta das palavras na frase, dita as regras para conexão e ordenação dos morfemas, no sentido de produzirem unidades maiores, frases e sentenças.

A semântica trata do estudo dos significados das palavras, isto é, das relações entre signos e destes com seus referentes, e também procura definir as relações das palavras com os objetos que elas designam.

Halliday (1978) afirma que a linguagem é um produto do processo de socialização, pois a criança primeiro cria sua própria linguagem e depois a língua materna, na interação com seu grupo social significativo. Assim, quando a criança aprende a linguagem, ela está construindo sua noção da realidade externa e interna e, ao mesmo tempo, aprendendo coisas através da linguagem, tornando assim o

desenvolvimento da linguagem um processo que torna a construção da realidade inseparável da construção do sistema semântico ao qual está vinculada.

A desintegração da linguagem

Segundo Mansui (1995), a afasia, perda ou alteração da linguagem, decorrente de lesão cerebral, revela o papel destacado que a linguagem ocupa no equilíbrio individual e social. Ao perder a linguagem, o indivíduo limita-se à capacidade de se posicionar no mundo. Por outro lado, seu ambiente social é mais especificamente familiar, tampouco reconhecem nele a pessoa com a qual interagem e não vêm saídas para a nova condição. A afasia é acompanhada de alguma dificuldade física que, exteriormente, podemos observar, como a hemiparesia dos músculos, geralmente do lado direito, e a paralisia facial, também quase sempre do lado direito. Geralmente, o que mais mutila o afásico é o transtorno da linguagem espontânea, por incapacidade de articulação ou de organizar o pensamento em palavras e dificuldade para entender o que os outros falam. A pronúncia geralmente está alterada, com distorção e trocas que fazem lembrar uma regressão a certos níveis infantis de evolução da linguagem. Ele perde o ritmo, apresenta bloqueios na fala e também prosódia alterada (Amorim, 1982).

A afasia é chamada de desintegração da linguagem, e quase sempre essa desintegração se verifica em todos os aspectos, variando em graus, pois alguns setores estão mais prejudicados que os outros.

No afásico não está somente a dificuldade da linguagem, mas outros fatores, sendo assim necessária a assistência de uma equipe multidisciplinar.

Para Amorim (1982), “há sempre, após a ocorrência da afasia, um período de recuperação espontânea de seis a doze meses. Mesmo assim, o doente deve passar por um treinamento de fala, para evitar os vícios de linguagem. Pacientes não-treinados freqüentemente adquirem uma linguagem que não serve efetivamente à comunicação, pois só os familiares entendem”.

Para a compreensão das dificuldades de comunicação e das próprias reações do afásico diante do seu problema, resolvemos inserir depoimentos:

“Eu percebi que, ao tentar falar, não encontrava as palavras de que precisava. O pensamento estava pronto, mas os sons que deviam transmiti-lo não estavam mais à minha disposição. Eu disse para mim mesma: Então, é verdade que eu não posso mais falar”. (J.L.)

“Eu não sou capaz de ler, não sou capaz de escrever, não sou capaz de falar e, também, não compreendo... então, nesses momentos, eu me sinto bem miserável”. (C .C.)

“ ... as pessoas já não falam tanto comigo”. (J. B.)

Relato de uma Fonoaudióloga Afásica

Acho que seria interessante o relato de uma profissional que lida com esses casos, falando sobre a sua própria vivência como afásica.

Acho que, atualmente, consigo alcançar o significado e a sensação de algumas frases como: Ah ... na frente da gente (família), ele faz de qualquer jeito, mas, quando está com a fono ou a fisioterapeuta, ele faz direito (sic/filho de um paciente afásico).

Acho que ainda não está muito bom, né? (irmão de uma paciente afásica).

Muito, mas muito obrigado... (paciente conseguiu escrever o seu nome e começou a chorar).

Cadê eu? (relato de um paciente).

Agora tenho que depender deles... (o paciente começou a chorar).

Bem, minha história começou em janeiro de 1991, quando estava atendendo uma paciente no consultório. Então, de repente, uma perna adormeceu, mas achei que era uma cãibra, por eu estar sentada no chão há muito tempo. Logo após alguns minutos, tentei levantar o braço direito e não consegui. Imediatamente, percebi que estava com uma hemiparesia no lado direito e que algo estava acontecendo com meu cérebro.

Comecei a suar frio, tentei me levantar e comecei a respirar fundo, aí então minha paciente de 5 anos perguntou:

— Que foi?

— ... (tentei responder, mas já estava dispráxia)

— Por que você está falando engraçado, tia A.?

— (tentava movimentar o braço e articular os sons, mas meu corpo não me obedecia, pensei então: “E agora, meu Deus, estou afásica, mas isso não pode ser, não comigo”).

A mãe da minha paciente havia saído e a secretária não estava. Pensei comigo mesma, tenho que me acalmar, pois estou com uma criança e se eu ficar nervosa meu estado vai piorar. Peguei um livro e comecei a folhear junto com a paciente, respirava bem fundo e rezava para que tudo fosse um sonho (ou melhor, pesadelo) e logo passaria.

Quando a mãe chegou, consegui abrir a porta e dizer que eu não estava bem, ela perguntou se eu precisava de alguma coisa, mas eu neguei com a cabeça. Naquele momento só queria negar para mim mesma que aquilo estava acontecendo.

Fui para minha sala e deitei no chão, esperando que tudo voltasse ao normal, mas as coisas só pioraram, fui ficando tonta e com a vista turva, tentava emitir as palavras e nada acontecia.

Fiquei então pensando a quem pedir ajuda, ninguém me entenderia; nesses momentos acho que buscamos contato com pessoas que “realmente nos conheçam além das palavras”, ou seja, que comunicação temos que resgatar além da verbal, para que o outro consiga captar esta nova situação?!

Lembrei-me então de minha analista e de uma grande amiga, a C.

Fui ao telefone, e aquele número que eu estava cansada de discar há vários anos ficou confuso, não havia meio de eu acertar; não sei como consegui e a secretária eletrônica atendeu.

Algumas horas depois o marido da minha amiga disse ao escutar o recado:

— C. ...tem uma criança falando na secretária.

Ao escutar o recado, ela conseguiu me entender além das palavras e me ligou desesperada no consultório; neste momento, já conseguia articular as palavras, mas trocava as funções.

Fomos direto para o Hospital Beneficência Portuguesa, dei entrada com diagnóstico de AVC (acidente vascular cerebral), mas depois de uma série de exames e uma semana na área de choque fui diagnosticada como uma meningoencefalite necrosante.

Graças a Deus, só me recordo de estar entrando no hospital e acordar uma semana depois.

O que me marcou mais, creio que foi a recordação de estar afásica, é muito interessante e estranha esta sensação, pois há uma mistura de incredulidade, de negação e a plena sensação de que há uma outra pessoa além daquela que está emitindo aquelas palavras desconexas, é como se nos perguntássemos: “mas quem é que está aí falando por mim estas coisas desconexas?”, não sei se é um mecanismo de defesa, mas nos sentimos olhando para nós mesmos e não podendo falar, só pensar.

Depois de passada a fase da negação, e à medida que nos damos conta de que aquela coisa toda desarticulada somos nós mesmos, vai dando um desespero, pois nos deparamos com uma sensação de impotência muito grande, parece que tudo o que conseguimos construir ao longo da vida vai escorrendo, desmoronando e a gente não consegue fazer nada.

Hoje, acredito realmente que este é um dos momentos em que nos aproximamos da sensação de fragilidade mais verdadeira que o ser humano consegue agüentar e, se não agüenta, entra em depressão e vem a morte.

Todo este processo (e acredito cada vez mais nisso, pois vejo isto por meio dos meus pacientes afásicos) é muito longo e difícil de digerir, tão difícil que somente hoje consigo escrever a respeito dessa minha experiência, esperando que ela possa ser útil na compreensão do indivíduo afásico.

O interacionismo nasce da descoberta empírica de que a fala da criança vem da fala do outro. O que a criança diz é pedaço, é incorporação da fala do outro. Dessa noção de incorporação nasce o processo de especularidade. Este importa na medida em que ele fala. O conceito de interação não deve ser entendido como ação, mas como dialogia, isto é, linguagem sobre linguagem. Trata-se de ação, “ação lingüística”.

Dentro do projeto sócio-interacionista na construção de objetos lingüísticos, a questão cultural na teoria da aquisição da linguagem e na afasiologia está nos processos envolvidos na construção e reconstrução das múltiplas faces do objeto lingüístico. De outra forma, tanto os que lidam com a aquisição da linguagem do ponto de vista sócio-interacionista, quanto os que estudam a reconstrução da linguagem do sujeito afásico, têm em comum situar-se em relação à linguagem do sujeito adulto que domina (interpreta) sua língua. Não se pode esquecer que o afásico é um sujeito adulto, que já exerceu plenamente sua linguagem e sabe disso. Apesar das dificuldades de linguagem que o afásico apresenta, ele mostra o domínio de relações extremamente complexas, típicas de um indivíduo adulto que tem estruturadas suas experiências.

Sendo assim, a base de uma teoria sócio-interacionista da construção de objetos lingüísticos seria a reconstituição do sujeito afásico e de sua linguagem, envolvendo os seguintes fatores: o jogo dialógico; a construção conjunta da significação; o recurso do ponto de vista do interlocutor; a utilização dos interlocutores como base para os parâmetros da interlocução e da aceitabilidade social de suas expressões; e a partilha e negociação das pressuposições que lhe permitam assumir, na interlocução, seus papéis reversíveis.

Segundo Camaioni, De Castro e De Lemos (1985), “a aquisição da linguagem é um processo constitutivo, em vez de depender de regras que operem sobre categorias e relações previamente dadas. Os recursos expressivos e os esquemas semânticos são constituídos no discurso e no discurso são constituídas a referência e as relações fatuais”. Para De Lemos (1981), “a interação dialógica é constitutiva da própria linguagem no infante, pois os dados empíricos da aquisição da linguagem se constituem em evidência de que a incorporação pelo falante do turno do interlocutor atua como um ponto de vista estruturante do próprio enunciado e da situação”.

A construção e a reconstrução dos objetos lingüísticos também devem inserir-se na perspectiva do discurso, sendo, mais especificamente, na perspectiva das situações dialógicas em que adulto e criança ou afásico e não-afásico entretêm conversações.

De Lemos (1982) distingue alguns processos dialógicos peculiares que governam essa atividade de construção conjunta. Um dos processos seria “especularidade imediata”, ou seja, a contribuição lingüística da criança, consistindo em respostas que resultam da incorporação de segmentos diversos da fala materna, da noção de limitação. Um outro processo seria o da especulariedade diferida que “é o uso que a criança faz da parte do enunciado da mãe, no mesmo contexto de esquema interacional, é instanciado em um turno anterior não imediato”.

É a partir desses processos iniciais, e mais especificamente da especulariedade diferida, que se cria uma estrutura dialógica. O processo que vem após isso é a “reciprocidade”, que seria uma reversibilidade de papéis no diálogo entre criança e adulto, desde o momento que se refere a um gradual assumir-se por parte da criança em papéis precedentemente recobertos pelo adulto, isto é, o início da interação, constituição do outro como interlocutor ou como aquele que deve assumir o turno seguinte, atribuição de intenções, conhecimento e crenças, imposição através do enunciado de uma experiência que deve ser entendida como princípio organizador e/ou estruturador do enunciado do outro.

O discurso caracteriza-se, inicialmente, por uma maior ou menor participação das relações entre um *eu* e um *tu*, por uma maior ou menor presença de indicadores de situação, e também pode se

caracterizar como sendo significativo, na medida em que só pode se conceber sua existência quando ligada a um processo pelo qual *eu* e *tu* se aproximam pelo significado. O discurso tem a sua semanticidade garantida situacionalmente, ou seja, no processo de relação que se estabelece entre suas pessoas (*eu/tu*) e as pessoas da situação, entre seus indicadores de tempo, lugar etc.

Nas relações entre os participantes de um dado discurso é preciso ressaltar que, embora cada um incorpore nelas uma parte da história de sua convivência, elas não são dadas previamente. Sendo assim, nos casos extremos (como se dá no início de uma relação investigador-sujeito afásico), pode não haver qualquer traço comum nessa história.

A negociação é um processo pelo qual os interlocutores procuram fazer coincidir as imagens que cada um faz do outro, comparam entre si os compromissos com a verdade e crenças que possuem sobre os eventos envolvidos na conversação, testam a eficácia dos recursos expressivos de que servem e escolhem o estilo de sua fala.

O Que é Afasia?

Segundo Jakubovicz (1996), é um distúrbio de linguagem adquirida em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pelo comando motor da fala ou pela compreensão das palavras faladas. Na pessoa normal, pensa-se que o hemisfério esquerdo é dominante e responsável por atos que requerem absoluta ordenação e seqüenciamento, como os da linguagem. Na linguagem, há um código exato (símbolos verbais) a ser seguido tanto pelo emissor como pelo receptor. Quanto mais preciso o código (sentido das palavras) e quanto mais exata a ordenação das palavras (sintaxe), mais provável que a função seja dirigida pelo hemisfério direito, empregando funções comunicativas, mas não-codificadas, como ênfase e inflexão de voz.

Holland, Swindell e Reinmuth (1990), dividem o desempenho dos pacientes afásicos em dois tipos: o fluente e o não-fluente. Os pacientes afásicos fluentes retêm fluência verbal, o que significa que os padrões prosódicos de vocalização normal são mantidos, mesmo que o paciente possa ter dificuldade de entender o que os outros dizem e de expressar-se verbalmente. Os pacientes afásicos não fluentes esforçam-se para falar, carecendo de padrões prosódicos normais. Eles demonstram sérios problemas de fonologia e, às vezes, são incapazes de dizer a mais simples das palavras. Muitos deles demonstram apraxia verbal oral, uma incapacidade de pronunciar uma palavra ou até mesmo um som da fala, mas nenhuma dificuldade em dizer o mesmo som ou palavra de forma involuntária.

Em Boone & Plante (1993), encontramos que “Colocada de forma simplificada, a afasia é uma perda da linguagem (entender o que é dito, lido, falado ou escrito) após dano cerebral, em geral ocorrido no hemisfério cerebral esquerdo”. Para Coudry (1988), a afasia se caracteriza por alterações de processos lingüísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta, incluídos aspectos gramaticais), produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associar a alterações de outros processos cognitivos.

O Que Compromete na Afasia?

Nas afasias há um distúrbio em uma ou mais modalidades da produção e/ou compreensão da linguagem em grau maior do que outros distúrbios de cognição. O hemisfério direito (H.D.) é o responsável por processos que, direta ou indiretamente, afetam a comunicação; diretamente – reconhecimento da fala com intenção emocional, produção de fala com intenção emocional, cadência, gestos afetivos, processamento automático de palavras substantivas concretas, imagináveis e freqüentes; e indiretamente – reconhecimento de mímica facial, processamento musical geral, cópia de figuras e memória não-verbal.

Nestas condições, o H.D. é responsável pelo processamento paralelo de informações, pelas funções espaciais, pela compreensão e expressão facial de emoções prosódia. Como comprometimentos, temos déficits no raciocínio verbal; dificuldades em lidar com ambigüidade lingüística; dificuldades em descrições verbais; dificuldades na reprodução de estória, de fatos; dificuldade na nomeação com significado; conteúdo da linguagem afetado antes de sua forma; conhecimento semântico e pragmático afetado antes do fonológico e sintático; definição afetada antes da nomeação; e repetição de frases de baixa probabilidade afetada antes das de alta probabilidade.

Plasticidade do Sistema Nervoso

Segundo Annunziato (1996), os profissionais da classe fonoaudiológica e também de outras classes deparam-se, nas suas diversas especialidades, com vários graus de recuperação clínica de seus pacientes. Essas recuperações nem sempre significam a cura total do paciente, mas sim, em uma parte dos casos, uma importante e inegável melhora de suas funções sensitivo-motoras e/ou cognitivas, onde essas podem, muitas vezes, contrariar fortemente alguns prognósticos terapêuticos, ou mesmo expectativas de familiares e/ou do próprio paciente. Dessa maneira, fica explícita a necessidade de se abordar o interessante vínculo existente entre essas melhoras e os processos plásticos do sistema nervoso (SN).

Como é de se esperar, essas melhoras devem estar também vinculadas às “melhoras de comunicações” entre os elementos responsáveis (células nervosas) pelos comportamentos sensitivo-motores, cognitivos e afetivos elaborados.

Todos os seres humanos possuem um programa genético e apresentam também fatores epigenéticos, que estão acima do programa genético. Esses fatores epigenéticos podem modificar, não o programa genético, mas sim a expressão deles.

Vale salientar que a palavra “regenerar” é utilizada por neuro-cientistas, no sentido de descrever a neoformação de dendritos, axônios e circuitos neuronais; não devendo, porém, ser interpretada como uma neoformação completa de células nervosas, mais especificamente, com a multiplicação de corpos celulares e seus núcleos.

Annunziato (1996) define que a plasticidade é a tendência intrínseca do sistema nervoso em formar conexões novas; ou tentar recuperar conexões perdidas; ou lutar contra alterações químicas e/ou estruturais; ou células nervosas mudam a sua atividade em um micro ambiente que tenha se modificado ou no caso de armazenamento de informações (memória cognitiva e memória neuromuscular).

Para Jakubovicz (1996), a plasticidade cerebral é a possibilidade de compensação de um lobo num hemisfério para o mesmo lobo no outro hemisfério, ou de áreas sadias próximas ao mesmo hemisfério.

O cérebro representa, aproximadamente, 2% do peso do corpo, sendo 1 400 a 1 600 g o cérebro masculino e de 1 200 a 1 400 g o feminino. Apesar da diferença, ambos têm aproximadamente o mesmo número de neurônios.

No lado da fala, o lado esquerdo do cérebro, as mulheres têm maior número de neurônios, apresentando também os neurônios da fala do lado direito, diferente dos homens que só apresentam neurônios da fala do lado esquerdo. Assim, se ocorrer um acidente, o homem pode ficar sem falar (afasia) se for afetado o lado neurológico da fala, já a mulher pode desenvolver ainda a fala, pois apresenta neurônios dos dois lados cerebrais.

As conexões feitas pelos neurônios dependem da quantidade de ligações e da qualidade destas.

Os fatores epigenéticos alteram tanto o tamanho do neurônio (fenda sináptica espídula e corpo do neurônio), quanto o seu comprimento (dendritos e axônios).

Mecanismos Básicos da Plasticidade

Para Annunziato (1996), a plasticidade era considerada em função da idade, estando extremamente diminuída no SN do adulto. Felizmente, torna-se cada vez mais compreensível e claro que o SN adulto também é capaz de modificações e adaptações. Essas modificações desempenham um importante papel na aprendizagem (incorporação de um novo conhecimento), memória (estocagem desse novo conhecimento), adaptações às mudanças das condições ambientais, melhora de disfunções e na recuperação de funções após lesões.

Segundo Kupfermann (*apud* Annunziato, 1996), os quadros neurológicos que se instalam após uma lesão neurológica são, em realidade, a expressão do resto do SN em tentar reverter e/ou compensar os danos causados por aquela injúria. Em outras palavras, o SN se vale de determinados mecanismos para poder continuar interpretando as múltiplas e facetadas conexões entre as células nervosas, permitindo, ao sistema sensitivo, a continuidade de detectar, analisar e avaliar o grau de importância dos estímulos sensoriais, bem como ao sistema motor o planejamento, ordenação e execução de movimentos.

Algumas dessas possibilidades morfo-funcionais de rearranjo neuronal são: recuperação da eficiência sináptica; potencialização sináptica; aumento da sensibilidade sináptica; brotamento regenerativo; recrutamento das sinapses silentes; e brotamento colateral.

Recuperação da Eficiência Sináptica

Após um acidente vascular, traumatismo crânio-encefálico ou cirurgia do SN, muitas sinapses se tornam inativas, simplesmente por estarem muito próximas às áreas de lesão sendo, dessa maneira, comprimidas pelo edema. Dentro de uma ou duas semanas, quando o edema diminui sensivelmente, há uma considerável recuperação das funções sensitivo-motoras e/ou cognitivas.

Potencialização Sináptica

Quando um ramo de um axônio é seccionado, as substâncias neuroativas (neuromoduladores e neurotransmissores), produzidas no corpo celular desse neurônio, são transportadas para o terminal intacto, aumentando, com isso, o estoque delas; ou seja, ao lesar um terminal, os vizinhos que ainda recebem a inervação aumentam a quantidade de substâncias químicas.

- *Aumento da sensibilidade sináptica*: na lesão em que desaparecem alguns receptores, outros se formarão onde ainda há ligação, aumentando assim a quantidade de receptores e a sensibilidade.
- *Brotamento regenerativo*: caso a lesão atinja um axônio, o axônio de origem pode formar brotos e regenerar o axônio lesado. Sabe-se que lesões de dendritos e axônios podem regenerar, mas se a lesão for no núcleo (corpo) celular não haverá regeneração dentro do hipocampo (área da memória).
- *Recrutamento das sinapses silentes*: células inativas podem funcionar (estoque), podendo ter plasticidade funcional e morfológica.
- *Brotamento colateral*: caso as células de origem sejam lesadas, as células vizinhas irão se ligar.

O prognóstico da plasticidade deve conter informações referentes aos seguintes itens abaixo relacionados:

- Dimensão da lesão;
- Idade (aos 40 anos, aproximadamente, há morte de neurônios e o sistema nervoso reage diferentemente à lesão em diferentes estágios de desenvolvimento);

- Diagnóstico correto;
- Terapia (medicamentos; tratamentos psicológico, odontológico e fonoaudiológico; terapia ocupacional; fisioterapia);
- Início da terapia;
- Frequência da terapia;
- Duração da terapia (início-fim);
- Motivação (paciente, terapeuta e família);
- Dieta (estado nutricional geral);
- Biografia (tudo que aconteceu desde a fecundação);
- Local da lesão;
- Sexo (hormônios);
- Ambiente (hospital/casa);
- Tempo da lesão (lesão que se instala instantaneamente lesa e rompe as ligações dos neurônios; já as de desenvolvimento lento não rompem, pois os neurônios abrem espaço para ela).

Rita Levi Montalcini descobriu o N.G.F. (Nerve Growth Factor), proteína que é transportada da periferia para dentro da célula, sendo incorporada pelo terminal até o corpo celular. Este ajuda o núcleo a aumentar a produção das organelas citoplasmáticas. As células que produzem o N.G.F. são várias; entre elas, as dos músculos, pele e retina.

Graças a essa descoberta descobriu-se que, caso um paciente apresente lesão na cervical, pode-se aplicar, no mesmo instante da lesão, o F.G.N. (alimento) e o fator inibidor do crescimento, conseguindo assim, conexões entre os neurônios, ou seja, a *plasticidade neurológica*, desta vez, induzida.

Reabilitação em Fonoaudiologia

É o fonoaudiólogo quem tem grande participação na recuperação da comunicação de um afásico (embora a família é quem mais está com o paciente). O fonoaudiólogo é quem está mais ligado à sua maior necessidade e, por isso, a terapia fonoaudiológica das afasias deve ser científica, humana, sistemática e plástica, para que possa verdadeiramente servir ao homem, e não somente ao afásico. Qualquer um de nós, por mais cultura e ilustração que tenha, pode se transformar num afásico em apenas alguns segundos, pois toda a cultura e a especialização, cuidadosamente armazenadas até então, podem estar irrecuperavelmente perdidas pela impossibilidade de sua codificação lingüística.

Neste processo, a conscientização dos familiares do paciente afásico será feita pelos diversos profissionais que estão envolvidos no seu tratamento. O início pode ser no hospital, quando o paciente é atendido pela equipe médica, em virtude do dano cerebral sofrido. Em relação à conscientização dos problemas lingüísticos, cabe ao fonoaudiólogo, por sua vivência, desenvolver seu trabalho junto à família. Geralmente a primeira entrevista deve ser feita com o cônjuge ou pessoas que estão mais ligadas ao paciente. Essas pessoas possuem dúvidas de como será o tratamento, e de quanto tempo este irá durar. Nesse momento, a família pode ajudar, estimular e incentivar o afásico, não isolá-lo do seu convívio, pois não deve colocá-lo em situações estressantes, como uma grande reunião com muitas pessoas falando.

Inicialmente é válido explicar que o trabalho com o nível discursivo, ou seja, narrativo, tem importância muito grande na compreensão do dia-a-dia, por oferecer uma seqüência de acontecimentos ao ouvinte e apresentar uma super-estrutura convencional (ação, resolução, entre outros).

Terapia ocupacional

A terapia ocupacional é indicada a indivíduos cujas habilidades para lidar com as atividades da vida estejam ameaçadas ou impedidas por distúrbios de ordem física, psíquica e/ou social. O terapeuta ocupacional estará trabalhando no ato da troca de dominância quando for necessário, estará aprimorando hábitos de adequação pessoal nas AVS(s) e AVP(s), ou seja, promoverá o treino da independência funcional como capacidade para alimentar-se, vestir-se, e também proporcionará a indicação e confecção de órteses estáticas e/ou dinâmicas para um melhor posicionamento do membro lesado deste indivíduo.

Fisioterapia

A fisioterapia é de caráter fundamental em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral (AVC), atuando de maneira a reabilitar a parte motora destes pacientes, promovendo, desta maneira, maior qualidade de vida.

Após avaliação direcionada a constatar as debilidades motoras pós-AVC, o fisioterapeuta irá agir de forma que englobe o paciente como um todo, assim buscando minimizar as seqüelas que ele vem apresentando. Para tanto, estes profissionais apresentam, em sua formação acadêmica, qualificação específica para desenvolverem exercícios fisioterápicos. O fisioterapeuta tentará facilitar os padrões normais de movimento.

Segundo Downie (1988) a reeducação do equilíbrio pode ser ensinada em seqüência, iniciando-se com o controle da cabeça e progredindo aos poucos. O fisioterapeuta atuará na reeducação das reações de endireitamento, que permitem a posição normal da cabeça no espaço e em relação ao corpo, e o alinhamento dentro do eixo do corpo, na reeducação das reações de equilíbrio que mantêm e recuperam o balanço, podendo ser movimentos visíveis ou mudanças invisíveis do tono contra a gravidade; ele atuará no treino de marcha, na postura, no tônus corporal e na respiração. O fisioterapeuta tem o papel de trabalhar as habilidades motoras e musculares, com o objetivo de proporcionar uma melhor reabilitação ao indivíduo.

Psicologia

No trabalho com pessoas afásicas, existe uma tendência a enfatizar a recuperação das funções físicas e a reeducação da linguagem. Os terapeutas experientes afirmam que o sucesso da reeducação de um afásico depende muito de seu estado psíquico, daí surgindo a importância de compreender bem a vivência emotiva e as reações psicológicas das pessoas afásicas sob os cuidados de um psicólogo. As reações psicológicas do afásico são determinadas, basicamente, pela gravidade e duração dos problemas ligados à afasia e às outras limitações físicas que freqüentemente a acompanham. A personalidade anterior também tem um papel determinante, pois a pessoa afásica tem tendência a lidar com sua nova realidade ou adaptar-se a ela utilizando as mesmas modalidades de comportamento anteriores (Amorim, 1995).

As reações psicológicas mais freqüentes que o psicólogo deverá intervir são: ansiedade, negação, regressão, egocentrismo e infantilismo, danos à auto-estima, solidão e isolamento, agressividade, vergonha e culpa, dependência, depressão e labilidade das emoções.

Considerações sobre a Terapia de Grupo em Clínica Fonoaudiológica

Os primeiros atendimentos de grupos de pacientes em fonoterapia, em São Paulo, ocorreram no início da década de 80, em instituições como a Prefeitura de São Paulo, ambulatórios de saúde mental do Estado de São Paulo, Prefeitura Municipal de Osasco, entre outros.

A escolha dessa prática clínica, em contraposição ao atendimento individual, era justificada pela grande quantidade de pessoas que necessitavam de terapia fonoaudiológica. Portanto, o que determinou esse tipo de atendimento foi a demanda dos fonoaudiólogos, que tentaram, com isso, diminuir as filas de espera dessas instituições. Dos relatos orais, colhidos em entrevistas com profissionais que participaram dessas experiências, pôde ser depreendido que atendimento de grupo é aquele em que se incluem duas ou mais pessoas, no mesmo horário e local, assistidas pelo mesmo fonoaudiólogo.

O Que é Grupo?

Em “El grupo y el inconsciente”, Didien Anzieu trata da origem da palavra grupo. Segundo ele, grupo é um termo recente das línguas civilizadas (sic), que apareceu no final do século XVI na França e na Itália. Foi usado nas artes para designar um conjunto de sujeitos pintados ou esculpidos. Somente no século XVII a palavra grupo passou a significar toda e qualquer reunião de pessoas vivas. A partir do século XIX, o vocábulo aparece adjetivado como em grupo escolar, grupo familiar, grupo de trabalho, ou expresso por sinônimos, como sindicato e equipe.

A primeira experiência com grupo terapêutico parece ter sido a de W. R. Bion, psiquiatra militar inglês encarregado, durante a Segunda Guerra Mundial, de cuidar de um hospital com quatrocentos homens. Passou, então, a considerar a viabilidade de uma situação psicanalítica em que o paciente fosse visto como uma comunidade. Desse trabalho, nota-se que, assim como na Fonoaudiologia, o início das atividades com grupos foi determinado pela quantidade de sujeitos que necessitavam de atendimento e não havia possibilidade de fazê-lo individualmente; porém, grupo passa a diferenciar-se de agrupamento.

Após a Segunda Guerra Mundial, Bion ocupou-se da psicoterapia de grupo e elaborou dois enunciados fundamentais, quais sejam:

O primeiro enunciado considera que o comportamento de um grupo se efetua nos níveis do da tarefa comum e o da emoção comum. O primeiro nível é racional e consciente. Todo grupo tem uma tarefa. Esta é uma condição necessária, porém não suficiente, diz ele. O segundo nível é caracterizado pela predominância dos processos específicos primários, ou seja, a cooperação consciente dos membros do grupo requer uma circulação emocional inconsciente entre os membros do grupo.

O segundo enunciado assevera que os indivíduos reunidos em um grupo se confinam de forma instantânea e involuntária (inconsciente) para atuar segundo estados afetivos que Bion denomina “pressupostos básicos” ou “hipóteses de base”.

Ele descreve três pressupostos básicos aos quais o grupo se submete alternadamente, porque eles não ocorrem simultaneamente (um predomina ou oculta os demais). São eles:

- *Dependência em relação ao líder*: dependência, segundo ele, é regressão a uma situação da infância; o bebê está a cargo de seus pais e a ação sobre a realidade é assunto dos pais e não do sujeito. A dependência responde por um sujeito sempre presente nos grupos.
- *Ataque e fuga*: corresponde, por parte do líder, a uma suposta dependência. Estes movimentos constituem um perigo para o grupo, perigo da não-sobrevivência. Diante dele, os participantes se reúnem, seja para disputar, seja para compactuar. Nesse sentido é que ataque e fuga garantem a solidariedade do grupo, porque o perigo comum de dissolução aproxima seus integrantes.
- *Pareamento*: a atitude de ataque e fuga pode, contudo, levar à formação de subgrupos ou pares. Esses pares representam um perigo para o grupo. Eles tendem a formar subgrupos independentes.

Aliás, observa Bion, um conjunto de pessoas não chega a comportar-se como grupo se os pressupostos de base não se manifestarem. O interesse por trabalhos com grupos aumentou e propagou-se em vários países a partir da proposta de Bion. Suas definições foram sustentadas e/ou combatidas mas as divergências não eliminaram a terapia grupal.

Para Pichon-Riviére, quando se trata de um grupo terapêutico, a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade do grupo, que adquire características particulares em cada participante.

Cura é, para ele, cura da enfermidade do grupo. A finalidade da intervenção é desarticular a estrutura estereotipada em que os papéis são fixos. Os participantes do grupo são levados a “transitar” pelos diferentes papéis. Pichon-Riviére cita quatro figuras, quais sejam: líder, bode expiatório, sabotador e porta-voz. Líder é o depositário de aspectos positivos do grupo e o bode expiatório de aspectos negativos, ambos interligados num acordo tácito para preservar a liderança. O sabotador representa resistência à mudança e o porta-voz denuncia a totalidade do grupo, não falando somente de si, mas de todo o grupo. Os participantes do grupo estariam sempre “representando” um desses papéis.

Vê-se que o grande interesse por esse assunto não conduziu à problematização da definição de grupo. Dentro de uma mesma área de conhecimento, diferentes concepções de grupo convivem e cada uma delas promoverá um olhar (e uma prática) diferente para os fenômenos observados. Essas discussões podem trazer enorme contribuição para a Fonoaudiologia, não no sentido da adoção cega de concepções propostas por estes ou outros autores, mas no sentido de instigar uma reflexão mais aprofundada.

Terapia em grupo

As sessões de terapia em grupo oferecem aos pacientes oportunidades de aplicação de novas habilidades de comunicação a contextos de conversação. A terapeuta mede estas interações e auxilia cada paciente na procura de metas individualizadas para a participação na conversação.

Terapia individual

As sessões de terapia individual focalizam a reabilitação do falar, do ouvir, da leitura e da escrita, bem como em associação com problemas de outras áreas como o dos déficits de memória. As metas nestas áreas são individualizadas e podem ser alcançadas com a recuperação de funções específicas ou o desenvolvimento de estratégias alternativas compensatórias.

Grupo de pacientes afásicos da clínica dos distúrbios da comunicação humana da UNOPAR

O trabalho fonoaudiológico em grupo de pacientes afásicos foi desenvolvido em meados de 1997, contendo apenas 2 pacientes, começando com E.A.Z. e L.A.F. Posteriormente, adicionaram-se ao grupo mais 2 pacientes, sendo O.B. e o G.F. Formou-se um grupo constituído por 6 pacientes, porém o E.A.Z. desistiu. Assim, atualmente, o grupo é composto por 5 pacientes, sendo eles: O.B., G.F., M.S., A., P.R. Para a inserção do paciente no grupo de terapia com pacientes afásicos é pré-requisito que eles apresentem nível de linguagem compatível aos demais integrantes do grupo, além da afasia.

Programa de terapia nas afasias desenvolvidas na clínica dos distúrbios da comunicação humana da UNOPAR

Os serviços em afasia oferecem diferentes opções ao redor de tipos selecionados de terapia e de acordo com a extensão ou alcance da inscrição ou começo da intervenção. Todos são intensivos por natureza, refletindo o compromisso da clínica para os benefícios de um tratamento. Os programas podem ser individualizados e/ou em grupo, com base na seleção de algumas das seguintes opções:

- Avaliação ao estimar as habilidades comuns e recomendações de um programa de terapia.
- Extensão ou alcance na terapia individual planejada para melhorar o discurso, linguagem, leitura e escrita e habilidades de memorização.

- Extensão ou alcance na terapia em grupo planejada para desenvolver habilidades de conversação.
- Seleção de dias/horas semanais no cronograma ou horário do tratamento.

Reflexões

Sociabilização e interação: trabalhando aplicação de oportunidades para novas habilidades. Assim, a reabilitação em grupo é recomendada por Schuell, já que possibilita a interação do afásico com outros pacientes. Obriga-o a adaptar-se valorizando seus problemas e animando-se com o avanço dos outros e com o seu próprio. O trabalho deverá ser realizado em plano geral. Devem ser evitados os sentimentos de fracasso comparando a execução de um paciente com a dos outros.

Discussão sobre o impacto da afasia na sua vida: perspectiva positiva por parte do paciente em relação à melhora do quadro geral pela observação da melhora de seu companheiro.

Participação efetiva: uma procura em se destacar oralmente perante seus companheiros.

Tomada de consciência: impressão do paciente em relação ao seu quadro geral favorecendo tomada de consciência da sua problemática, trazendo nova perspectiva para benefício e evolução do quadro geral.

Estreitamento de relacionamento interpessoal: o convívio permite progressos individuais facilitando assim a interação.

Naturalidade na comunicação expressiva pela afasia ser, de certa forma, uma doença social: pois o trabalho se dá de maneira contextualizada o que melhora a compreensão e facilita a expressão.

Papel do terapeuta: na organização da sessão, pois, do contrário, implicará em confusão na forma de comunicação por parte dos pacientes, podendo causar inibição.

Organização terapêutica nas trocas de turno: interrupção constante da conversa e após retomada.

Auto-exigência: por parte do paciente podendo levar a distância.

Conclusões

Baseado na análise feita dos dados teóricos e práticos obtidos durante o desenvolvimento deste trabalho, comprova-se a eficiência da intervenção terapêutica fonoaudiológica em grupo, a qual não deve substituir e, sim, complementar a terapia individual, mostrando-se imprescindível para a recuperação rápida e positiva das faculdades verbais.

Dessa maneira, fica explícita a importância do exame nas mudanças provocadas na vida de uma pessoa quando ocorre a afasia e, eventualmente, alguns problemas a ela associados, além da linguagem, reabilitando todo o conjunto, pensando não só na afasia, mas no indivíduo afásico como um todo, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida.

Tomando como princípio que a linguagem do sujeito é constituída na interação (entendida como interpretação) com outro (entendido como linguagem), para observar o fenômeno da linguagem, é preciso situar ambos os sujeitos (fonoaudiologia e paciente) como co-autores de um único discurso (Passos, 1996).

Referências Bibliográficas

AMORIM, A. *Fonoaudiologia geral*. 3. ed. Rio de Janeiro : Enelivros, 1982.

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

CASANOVA, J. P. *et al. Manual de Fonoaudiologia*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

COUDRY, M. I. H. *Diário de Narciso – discurso e afasia*. São Paulo : M. Fontes, 1998.

DOWNIE, P. A. *Neurologia para fisioterapeutas*. 4. ed. São Paulo : Medicina Panamericana Ed., 1981.

FINGER, J. A. O. *Terapia ocupacional*. São Paulo : Sarvier, 1986.

GOLDFELD, M. *Fundamentos em Fonoaudiologia – Linguagem*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998.

JAKUBOVICZ, R.; CUPELLO, R. *Introdução à afasia – elementos para o diagnóstico e terapia*. 6. ed. ampl. e rev. Rio de Janeiro : Revinter, 1996.

JAKUBOVICZ, R. *Teste de reabilitação das afasias*. Rio de Janeiro : Revinter, 1996.

<http://www.geocities.com/HotSpring/Villa/4842/Fono/TPFL123.html>

PASSOS, M. C. (Org.). *Fonoaudiologia: recriando seus sentidos – série interfaces*. São Paulo : Plexus Ed., 1996.

PONZIO, J.; LAFOND, D.; DEGIOVANI, R.; JOANETTE, Y.; TUBERO, A. L.; HORI, C. N. *O afásico convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo : Santos : Maltese, 1995.

LIER DE VITTO, M. F. *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo : Cortez, 1994.

Phonoaudiological rehabilitation of aphasic patients in groups

Abstract

The present work aims to demonstrate the importance of the mediator in aphasic patient, providing reflections on the group work, verifying the viability of the prognostic to be favorable or not concerning language rehabilitation in aphasic patients insered in group therapies. The contextualized vision of the aphasics in this work, is not limited to language, but to the own dimensions that the social group confer to its loss and to the consequent possibility of the individual's rehabilitation. On this way, we have to think in a model of rehabilitation beyond the recovery of the language. In other words, in the search of the improvement of life quality of these individuals. In the results, it was proved the efficiency of intervention of the phonoaudiological therapy in groups; which should not substitute but complement the individual therapy, because in group therapy, the patients have opportunities to use new communication abilities in speaking contexts, being this mediated by the therapist that aids the participation of the individuals in the conversation.

Key words: mediator; rehabilitation; reflections; group; phonoaudiology.

CERNESCU, R. P.; LEITE, C. A. G; LESSA, W. M. Phonoaudiological rehabilitation of aphasic patients in groups. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 77-91, out. 2000.