

***SOBRE AS AFASIAS E OS AFÁSICOS***

***SUBSÍDIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS ELABORADOS PELO CENTRO DE  
CONVIVÊNCIA DE AFÁSICOS (Universidade Estadual de Campinas)***

Edwiges Maria Morato (Org.)  
Ana Lucia Tubero  
Ana Paula Santana  
Benito Damasceno  
Flávia Faissal de Souza  
Heloísa de Oliveira Macedo  
Ida Maria Dal Pozzo Camerin  
José Amâncio Tonezzi Pereira  
Maria Irma Hadler Coudry

**Integrantes atuais e antigos do Centro de Convivência de Afásicos que participaram de várias maneiras da elaboração deste livro**

Ana Lucia Tubero  
Ana Paula Santana  
Benito Damasceno  
Ceumara Fonseca  
Cícero Feitosa da Silva  
Clarice Lacerda  
Edmundo Ferreira França  
Edwiges Maria Morato  
Fernanda Miranda da Cruz  
Flávia Faissal de Souza  
Heloísa de Oliveira Macedo  
Ida Maria Dal Pozzo Camerin  
Isaura Lopes Pantarotti  
Ivana Lima Régis  
José Amâncio Tonezzi Pereira  
José Benedito Amstalden  
José Madeira Lourenço  
Lázaro Moreira Elias  
Luciana Dutra  
Maria das Graças de Carvalho  
Maria Irma Hadler Coudry  
Manoel Santos  
Nadir Felipe da Silva  
Sandro Monegatto  
Shizue Itaya  
Silvano Pavan

**Agradecemos aos amigos do Centro de Convivência de Afásicos, afásicos e não-afásicos, em especial os que nos brindaram com seus comentários valiosos a respeito do texto em suas diferentes versões**

Adriana Friszman de Laplane  
Ana Luíza Smolka  
Anna Christina Bentes  
Beatriz Panizza Andrade Silva  
Beatriz Caputo  
Fernando de Luiz  
Gilberta Jannuzzi  
Lino Penha  
Margareth Tassinari

Marina Pereira Gomes  
Mariana Boldrini  
Miriam Brito Feitosa  
Orlando Russo  
Rosana do Carmo Novaes-Pinto  
Silvia Elaine Pereira

**Fale conosco:**

***[www.unicamp.br/iel/labonecca](http://www.unicamp.br/iel/labonecca)***

***E-mail: [cca@iel.unicamp.br](mailto:cca@iel.unicamp.br)***

***Tel. (19) 3788.15.37***

***Endereço: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Cidade  
Universitária “Zeferino Vaz” - Instituto de Estudos da Linguagem - Laboratório de  
Neurolinguística/Centro de Convivência de Afásicos - Caixa Postal 6045 - Campinas/SP  
- 13.083-970***

## **APRESENTAÇÃO**

Este livro resulta de um projeto acalentado por anos; resulta ainda de uma história de comunidade que foi forjando pouco a pouco a estrutura e a dinâmica atual do Centro de Convivência de Afásicos, ligado ao Laboratório de Neurolinguística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. Este Centro reúne pessoas afásicas e não-afásicas que procuram enfrentar com ação social e pesquisa acadêmica os novos fatos (lingüísticos, cognitivos, sociais, subjetivos) que se apresentam para as pessoas que passam a conviver com as afasias, alterações de linguagem que decorrem de lesão cerebral para as quais não há cura (no sentido em que não há procedimentos cirúrgicos ou farmacológicos que a superem, devolvendo às pessoas uma realidade lingüístico-cognitiva pré-mórbida).

Enfrentadas tradicionalmente no plano terapêutico, as afasias têm merecido também a atenção de várias áreas dedicadas ao estudo das relações entre a linguagem, o cérebro e a cognição, como a Neurolinguística, a Neuropsicologia, a Psicologia, *etc.*

A criação e o modo de funcionamento do Centro de Convivência de Afásicos (CCA), cujos integrantes são responsáveis pelo projeto que ora se concretiza, partem do suposto de que as afasias são uma questão social e nesse âmbito podem encontrar um melhor entendimento.

A idéia deste livro foi amadurecendo em várias reuniões do CCA, entre 1999 e 2000. A partir de 2001, uma equipe de pesquisadores passou a formular as reflexões presentes nessas reuniões. O formato que ora o leitor e a leitora têm à mão é o resultado da busca pela informação mais objetiva e densa, pela reflexão mais experiente, pelo tom mais apropriado aos objetivos do livro.

Nessas reuniões focalizamos inicialmente o que seria a espinha dorsal do livro: selecionamos alguns tópicos que constituem informações essenciais sobre as afasias e os afásicos, bem como colhemos relatos de pessoas afásicas sobre vários aspectos de sua experiência. Todo o item 2 do livro, como se verá, foi desenvolvido com base no elenco daquelas questões tidas como cruciais quando se fala das afasias e dos afásicos, questões potencialmente relevantes para o público de forma geral (e não apenas para o leigo). A essas questões foram somadas algumas outras, que mereceram um item só para si, como a que destaca as situações comumente enfrentadas pelas pessoas afásicas, concernente aos seus direitos civis e trabalhistas, ou a que relata a dinâmica das atividades que desenvolvemos no Centro de Convivência de Afásicos, na Universidade Estadual de Campinas (São Paulo).

Foi necessário que um grupo de pessoas afásicas e não-afásicas amadurecesse a qualidade de suas interações e os próprios objetivos do CCA para que projetos comuns como o que se vê aqui se tornassem não apenas exeqüíveis como imprescindíveis. E por que imprescindíveis? Ao focalizar questões num campo comum de interesse podemos entender melhor porque os gregos achavam que o diálogo é fundamental para o bem estar

da *pólis*; podemos entender melhor que juntos podemos ser, numa bonita expressão de Lúkacs, como que “*irmãos perseguindo as mesmas estrelas*”.

Profa Dra Edwiges Maria Morato

Departamento de Lingüística  
Instituto de Estudos da Linguagem  
Universidade Estadual de Campinas

Outubro de 2002

## SUMÁRIO

**1. INTRODUÇÃO**

**2. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE AS AFASIAS**

**3. QUESTÕES RELATIVAS AOS DIREITOS DAS PESSOAS AFÁSICAS**

**4. ORIENTAÇÕES BÁSICAS AOS FAMILIARES E AMIGOS**

**5. BREVE HISTÓRICO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE AFÁSICOS**

**6. UM POUCO SOBRE A NEUROLINGÜÍSTICA**

**7. BIBLIOGRAFIA BÁSICA RECOMENDADA**

**8. ALGUNS *SITES* INTERESSANTES**

*“Eu...depois do derrame, eu procurei livros, né? Lá na biblioteca... livros...é...pra ... entender, o que aconteceu comigo, né? Não encontrei livros, só livros muito...muito é...voltados pra professores, né? Professores, com palavras difíceis...Eu perdi as palavras, né? Lembra, né? Eu perdi as palavras. Ai eu achei...é...eu achei um...um...uma enciclopédia...é... pra ensi ... pra...pro...pra...enfermeiro, né? Pra enfermeiro. É...ai eu achei a parte de afasia, e a parte de derrame cerebral. Boa! Mas pra enfermeiro!”*

**(C1)**

## 1. INTRODUÇÃO

Não há quem não tenha vivido aquelas situações em que a palavra nos foge e ficamos com a sensação de que ela está na “ponta da língua”, em que falamos mais ou menos do que gostaríamos ou deveríamos fazer, em que simplesmente perdemos o fio da meada bem no meio de uma narrativa e ficamos a dar voltas intermináveis em torno do tema, em que não estamos seguros sobre determinada forma de pronunciar ou escrever uma palavra, em que não conseguimos por um motivo ou outro entender parcial ou completamente o que estão a nos dizer, em que a memória nos trai e não podemos mais repetir ou lembrar o que nos foi falado, em que nos flagramos ou somos flagrados trocando de forma inesperada uma palavra por outra, em que somos considerados lentos demais ou rápidos demais para falar, em que interpretamos de maneira inadequada o que nos dizem ou escrevem, em que nossa maneira de falar ou escrever sofre restrições culturais preconceituosas...Todas essas situações estão longe de serem consideradas desviantes ou patológicas e fazem parte do funcionamento normal da linguagem e das condutas humanas. Elas nos mostram de maneira contundente duas coisas importantes: que ninguém é um falante ideal e que a comunicação humana é mesmo cheia de percalços. De todo modo, interagir com os outros e com o mundo é mesmo a nossa melhor aventura existencial. Todos sabemos o lugar que a fala e a escrita ocupam em nossas muitas possibilidades de comunicação.

Imagine agora, leitor ou leitora, se neste instante você quisesse falar alguma coisa a alguém e não conseguisse fazê-lo a não ser com extrema dificuldade; do mesmo modo, imagine que tenha momentaneamente perdido a capacidade de realizar com a eficácia de antes várias atividades corriqueiras como preencher um cheque, falar ao telefone, ler um jornal, conversar com as pessoas ou mesmo compreender o que alguém está tentando lhe falar. Podendo comprometer essas e outras funções da linguagem falada e escrita, com as quais nos comunicamos o tempo todo com os outros, a **afasia** é uma alteração de linguagem que decorre de lesão cerebral e que pode de diversas maneiras afetar a vida prática de muitas pessoas.

Levando em conta o papel crucial que tem a linguagem em todas as atividades e facetas de nossa vida (social, afetiva, ocupacional, mental, *etc.*), não é difícil imaginar o impacto das afasias nas ações comunicativas, interativas e interpretativas com as quais lidamos cotidianamente e que nos dão identidade pessoal e reconhecimento social. Por derivar de uma lesão cerebral de extensão e gravidade variadas, não é raro que as afasias sejam acompanhadas também de outras dificuldades de origem neurológica, como paralisia parcial de mãos, braços e pernas ou alterações da atividade gestual.

Embora sua incidência entre as seqüelas de doenças neurológicas, na verdade, não seja pequena, a falta de informação a respeito das afasias ainda é bastante grande em nosso meio. Não raramente, por esse motivo, nos deparamos com a falta de objetividade no entendimento e enfrentamento prático (médico, terapêutico, pericial, previdenciário) das afasias.

Se de um lado esse estado de coisas pode ser interpretado como resultado de um já tradicional descaso governamental relativo a ações políticas consistentes voltadas para a saúde pública em nosso país, de outro lado ele nos indica que é na verdade no seio da sociedade de uma forma geral que encontramos desinformação e preconceito em relação às afasias.

É possível mesmo afirmar que alguns preconceitos, fortes na sociedade brasileira, acabam por impedir um melhor entendimento da afasia, tanto no âmbito da saúde, quanto no âmbito social. Eles são de várias ordens, mas aqui podemos mencionar brevemente, a título de ilustração, aqueles mais recorrentes. Tomemos os de ordem médica (“uma vez atingido, o tecido cerebral não se regenera”; “uma vez afásico, o sujeito não terá chance de recuperar, pelo menos parcialmente, sua capacidade lingüística e cognitiva”), social (uma vez afásico, o sujeito acaba por merecer algum tipo de punição, devendo “se retirar da vida social, coletiva, ocupacional, conjugal”, ficando relegado ao ambiente doméstico, familiar), legal (“uma vez afásico, o sujeito parece não ter mais capacidade de julgamento ou de gestão de seus bens, de decisão sobre o que quer que seja, de honrar seus compromissos como cidadão”), trabalhista (uma vez afásico, o sujeito em geral perde as garantias trabalhistas a que teria direito, já que ele em geral é tratado como “inapto para voltar ao trabalho”, “incapaz de aprender um novo ofício” ou ser inserido em outra função dentro de uma empresa, por exemplo), previdenciária (“uma vez afásico, não há muito a fazer além de aposentar o sujeito por invalidez”), terapêutica (uma vez afásico, e precisando de um acompanhamento terapêutico multidisciplinar, que deveria envolver especialmente o campo da Fonoaudiologia, da Fisioterapia, da Terapia Ocupacional e da Psicologia, o sujeito se depara com a calamidade que é o nosso sistema hospitalar, sobretudo o público. Aqui o preconceito se revela na falta de acompanhamento médico e terapêutico necessários).

Outro preconceito bastante sofrido pelo afásico é o preconceito lingüístico, manifestado pelo desinteresse que as pessoas têm em iniciar ou manter uma comunicação com ele, por acreditar que “só pensa bem quem fala bem”. Esse tipo de preconceito, na verdade, não chega a ser muito diferente daquele sofrido por pessoas que falam de maneira diferente à da forma considerada como correta ou culta. Se em nosso país há muitas pessoas não-afásicas que são estigmatizadas porque não dominam a forma-padrão da escrita e da fala, ou que falam uma variedade desprestigiada socialmente (suprimindo a marca do plural, pronunciando as palavras com sotaque diferente do eixo Rio-São Paulo, servindo-se de termos regionais, *etc.*), podemos bem imaginar o que os afásicos enfrentam cotidianamente.

Tendo em vista o exposto, a afasia não pode ser entendida apenas como um problema de linguagem ou de saúde, ela é uma questão social e enquanto tal deve ser encarada. O presente livro resulta de uma vontade coletiva de pessoas afásicas e não-afásicas de dar uma resposta social à afasia e suas implicações.

O presente livro procura atuar justamente no campo da informação e do estímulo à convivência e à inserção social de pessoas afásicas. Além disso, este livro – precisamente por não ser um manual de instruções - pretende compartilhar com o leitor e a leitora a experiência de pessoas que freqüentam e constituem, na Universidade Estadual de Campinas, o **Centro de Convivência de Afásicos (CCA)**. Este Centro, que existe há mais de dez anos, congrega pessoas afásicas e não afásicas que se reúnem semanalmente com o objetivo de enfrentar e superar as inúmeras dificuldades que se apresentam àqueles que devido a uma lesão cerebral passam a conviver com diversas formas de alteração em sua linguagem oral ou escrita.

Quando planejamos este livro, queríamos que ele fosse informativo sem deixar de ser científico, que tratasse não só das afasias, mas das pessoas afásicas, compartilhando com os leitores nossas experiências. Por isso, incluímos como parte fundamental de seu conteúdo, comentários e relatos dos participantes afásicos do CCA a respeito dos impactos

da afasia em suas vidas e sobre as possibilidades que se abrem ao enfrentá-los cotidianamente.

Feito por afásicos e não-afásicos como resultado de discussões e sessões de trabalho que ocorreram durante os anos de 1999 e 2000, este livro é, como disse um senhor afásico numa reunião de 16/06/00, “*cheio de histórias, parecidas, parecidas, com eu, com ele, parecidas...mas própria, cada um é própria! Por que, essa particularidade? Porque as pessoas são diferentes! São diferentes!*”

Nosso objetivo com este texto é, pois, informar à comunidade em geral e os afásicos e seus familiares e amigos em particular a respeito da afasia, procurando com isso fornecer elementos sobre o modo de enfrentar as dificuldades dela decorrentes, sobre suas causas, características e necessidades clínico-terapêuticas, *etc.* No limite, acreditamos que a divulgação de informações gerais, bem como a reflexão sobre questões-chave, podem ajudar a criar de forma incisiva um quadro de compreensão, respeito e solidariedade aos afásicos e à sua família. Dados esses objetivos, podemos dizer que nosso livro destina-se não apenas às pessoas afásicas, seus familiares e amigos, como também a todos os interessados no tema, leigos ou não, destacando-se aqui a comunidade médico-terapêutica dedicada ao estudo, diagnóstico e tratamento das afasias.

Em termos de sua organização, o livro está constituído de uma introdução (item 1), na qual apresentamos seus objetivos e as motivações gerais de nossa iniciativa. No item 2, reunimos as questões que julgamos serem as mais relevantes para os objetivos do livro, abordadas em termos de pergunta-resposta. As 10 questões abordadas neste item foram selecionadas dentre as dezenas que inicialmente os integrantes do CCA levantaram. O item 3 aborda um dos temas mais importantes dentre as implicações sociais da afasia: os direitos civis e trabalhistas dos afásicos e a questão da reabilitação e reinserção profissional. No item 4 destacamos algumas informações de ordem básica àqueles que mais recentemente passaram a conviver com as afasias e os afásicos. No item 5 traçamos um histórico do Centro de Convivência de Afásicos, focalizando seus objetivos e sua dinâmica de funcionamento. Finalmente, o item 6 traz breves e gerais informações sobre a Neurolinguística, área de estudo que tem privilegiado a pesquisa sobre as relações entre cérebro e linguagem. Fechando nosso livro, há uma bibliografia básica recomendada e um conjunto de *sites* de interesse geral (como *homepages* de associações de afásicos, endereço da Previdência Social, *etc.*).

Para encerrar esta introdução, apresentamos o episódio transcrito abaixo, no qual aparecem temas relacionados ao preconceito e à desinformação sobre as afasias, com implicações profundas na vida dos afásicos e sua relação com familiares, amigos, colegas de trabalho.

As transcrições dos diálogos e comentários presentes neste livro não seguem, naturalmente, as normas de precisão da transcrição lingüística. Queremos, com uma transcrição menos formal dos diálogos, relatos e comentários, não apenas ilustrar várias formas da linguagem afásica, mas dar voz aos enunciados cheios de reflexão e experiência das pessoas afásicas que se engajaram na elaboração deste livro. Os integrantes do CCA, afásicos e não-afásicos, são identificados pelas iniciais de seus nomes, sendo que as pessoas afásicas são identificadas pelo negrito e pelo sublinhado em suas iniciais.

**CI**: *É difícil a pessoa entender, ter paciência, pra entender a gente falar!*

**JB**: *É! Ai...ah*

**EF**: *Fásico! Fásico!*

EM: *Aí você fica assim?*

EF: *Fásico !Fásico!*

CI: *Não tem paciência pessoa pra entender afásicos, não tem, não tem. Paciência zero !*

MC: *Deixa eu falar uma coisa pra vocês, que me ocorreu assim, nessa, nessa sessão aqui: o Cícero falou, e vocês também, sobre essa coisa particular, singular de cada um, mas ao mesmo tempo tem uma coisa que é pública das pessoas que passam, são afetadas por esse problema! Isso é interessante, a gente lidar com esse material ...*

CI: *Todo mundo sofreu, todo mundo perdeu amigos, parentes, né ?*

MC: *Isso ... relações, né ? São relações!*

CI: *Porque a casa vivia cheia de gente, aí quando teve derrame cerebral...*

MC: *Então, quer dizer: também é importante pra estas outras pessoas ...*

Certamente as enfermidades e as seqüelas que muitas vezes são deixadas pela lesão cerebral podem implicar restrições e contrações de vários aspectos da vida (social, familiar, profissional, conjugal, etc.). Mas o fato é que isso não precisa ocorrer de maneira obrigatória. A humanidade tem mostrado que sabe e pode ser criativa, corajosa e solidária. Isso se aplica às pessoas, à maneira social de enfrentamento dos problemas, ao próprio cérebro, enfim. É nisso que acreditam muitos cientistas, entre eles o neurologista inglês Oliver Sacks, que escreveu o seguinte no prefácio do seu livro “Um antropólogo em Marte”: “*Esse sentido da notável maleabilidade do cérebro, sua capacidade para as mais impressionantes adaptações, para não falar nas circunstâncias especiais (e freqüentemente desesperadas) de acidentes neurológicos ou sensoriais, acabou dominando minha percepção dos pacientes e de suas vidas. De tal forma, na realidade, que por vezes sou levado a pensar se não seria necessário redefinir os conceitos de “saúde” e “doença”, para vê-los em termos da capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem, adequada a sua disposição especial e modificada a suas necessidades, mais do que em termos de uma ‘norma’ rigidamente definida (...) Ao que me parece, quase todos os meus pacientes buscam a vida – e não apenas a despeito de suas condições, mas por causa delas e até mesmo com sua ajuda*”.

## 2. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE AS AFASIAS

### 2.1. O QUE É AFASIA?

Segundo Maria Irma Hadler Coudry (em seu livro “Diário de Narciso - Discurso e Afasia”, de 1988), a afasia é uma perturbação da linguagem em que há alteração de mecanismos lingüísticos em todos os níveis, tanto do seu aspecto produtivo (relacionado com a produção de fala), quanto interpretativo (relacionado com a compreensão e com o reconhecimento de sentidos), causada por lesão estrutural adquirida no Sistema Nervoso Central, em virtude de acidentes vasculares cerebrais (AVCs), traumatismos crânio-encefálicos (TCEs) ou tumores.

A afasia pode e geralmente é acompanhada por alterações de outros processos cognitivos e sinais neurológicos, como a hemiplegia (paralisia de um dos lados do corpo), a apraxia (distúrbio da gestualidade), a agnosia (distúrbio do reconhecimento), a anosognosia (relacionada à falta de consciência do problema por parte do sujeito cérebro-lesado), dificuldades de deglutição (dificuldade para engolir a saliva e alimentos), *etc.* Não se trata de afasia a alteração de linguagem que se manifesta nas psicopatologias (como a esquizofrenia ou o autismo), nas deficiências mentais e auditivas ou nas demências, ou mesmo nas amnésias.

Essa alteração pode se manifestar tanto na produção e na compreensão da fala, quanto na leitura e na escrita. Como lembra Edwiges Morato em seu artigo “As afasias entre o normal e o patológico” (2000), *“em graus variados de severidade as pessoas afásicas em geral hesitam muito para falar e perdem assim muitas vezes o “fio da meada”, mostram alta instabilidade no uso das palavras, trocando de forma inesperada e algo incompreensível umas pelas outras, e têm dificuldades de encontrar aquelas que gostariam de enunciar, mas não são amnésicas; pronunciam de forma laboriosa e lenta os sons da fala, repetem partes da palavra ou as distorcem ou suprimem, mas não são gegas ou padecem de deficiências físicas que as 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 as pessoas afásicas sentem-se 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”.*

Não apenas a fala, como também a leitura pode ficar prejudicada em comparação a seu conhecimento e uso antes da afasia: por exemplo, o afásico pode ler, entender e não conseguir dizer o que leu; pode ser que consiga ler somente determinadas palavras; pode não entender o que leu ou entender o sentido geral do texto e não os sentidos implícitos nas entrelinhas; pode dar a detalhes sem importância uma relevância maior do que têm no texto e não apreender o que é relevante para sua compreensão. O afásico pode também apresentar dificuldades para escrever, fazendo-o de forma incompleta ou alterada em relação ao padrão que apresentava anteriormente à afasia. Vale ressaltar que isso se constitui como um problema de linguagem e não como uma dificuldade meramente motora, como uma dificuldade de segurar a caneta, por exemplo.

Estados psíquicos como depressão, isolamento, agressividade ou frustração podem surgir em etapas e intensidades diferentes na vida da pessoa que se vê afásica. Naturalmente, essas reações não podem ser consideradas como distúrbios mentais. Como lembra Edwiges Morato (2000), *“afetando sobremaneira a linguagem (oral e escrita) e por decorrência todos os processos afeitos a ela (a própria identidade, a afetividade, o papel social), não é difícil imaginar o impacto da afasia sobre a completa vida das pessoas que com ela passam a conviver: o sujeito afásico, seus familiares e amigos, todo o corpo social. É preciso lembrar que as afasias decorrem de lesão cerebral adquirida por sujeitos até então “normais” do ponto de vista de sua capacidade de usar a linguagem para vários propósitos.*

*Após o episódio neurológico, a qualidade de vida do sujeito afásico será proporcional à intensidade do impacto da afasia sobre ele. Naturalmente, a maneira como se lida social e subjetivamente com a afasia condiciona, de certa forma, a sorte dos que*

*com ela convivem. Qualquer que seja o cenário, ele acaba por influenciar fortemente o processo de recuperação da linguagem ou a possibilidade de adaptação ou reinserção sócio-ocupacional de sujeitos afásicos. Nesse caso, a afasia deixa de ser apenas uma questão de saúde, uma questão lingüística, uma questão cognitiva. A afasia torna-se uma questão social”.*

Vejamos a seguir o que pensam a esse respeito CI e MS, ambos afásicos:

**CI:** *Nós temos a mente normal!*

**MS:** *É!*

**CI:** *Só não temos acesso a...porque as pessoas não sabem disso, não sabem, não sabem esse problema, que nós temos.*

**MC:** *Acha que porque não fala ...*

**CI:** *Acha que nós temos deficiência mental! Hemiplegia não é deficiência mental! Hemiplegia é...é...do corpo humano! Não é do cérebro!*

Por ignorarem o que seja a afasia, até mesmo familiares e amigos de afásicos acabam por discriminá-los. Como consequência, eles se sentem sós e a partir daí surgem mais e mais dificuldades na realização de pequenos feitos do cotidiano (comprar pão, preencher um cheque, dirigir um carro, falar ao telefone, fazer e receber visitas). Curiosamente, até mesmo formas de comunicação que não são apenas verbais acabam por desaparecer do horizonte das possibilidades comunicativas de afásicos (como se os não-afásicos não recorressem praticamente o tempo todo aos gestos, à entonação, à mímica facial e outras formas de comunicação não-verbal!). Vejamos, a propósito, o episódio abaixo:

**CI:***... e as minhas irmã, os rapaz que era meus irmão ... levaram um ano e pouco pra saber ... minhas filhas, veio saber o que eu tinha, depois sumiram um ano e meio!*

**EF:** *Óu ! (concordando com um sinal de cabeça)*

**CI:** *Ficaram com medo, porque é afásico, é afásico ! Aí, a hora que eu tava fazendo comida, vinham comer...*

**EF:** (ri)

De acordo com vários relatos, observa-se que muitas pessoas afásicas não sabem ao certo o que é a afasia; do mesmo modo, muitos familiares e amigos de pessoas afásicas não sabem como ajudá-las, ou como interagir com elas. Vejamos os depoimentos de CI, que comenta a respeito da falta de esclarecimento sobre o ocorrido com ele e as consequências disso para si e para as pessoas com quem convive. Trata-se de uma situação bastante comum vivida por afásicos e seus familiares.

**CI:** *Eu tentei contar pro seu Manoel o meu problema que eu tive, na Unicamp. Eu...eu tive dois derrames. Primeiro derrame, eu não sabia que era afasia. É...é ... detectaram outra coisa, internaram eu em São Paulo e três dias, aí depois eu saí da internação, eu fui, eu...eu era consultor, fui dar palestra em Tubarão, no Espírito Santo, em Santa Catarina, Espírito Santo! Eu fui lá, e achei que ... difícil falar!*

**MC:** *O senhor sabia que tava ...*

**CI:** *Não sabia!*

**MC:** *Não sabia nem que tinha tido, é isso ?*

**CI:** Não sabia que tinha a...a...afasia!

**MC:** Não, mas o senhor sabia que tinha tido o derrame?

**CI:** Não sabia!

**MC:** Ah...

**CI:** O médico não detectou o derrame. Em São Paulo, detectaram outra coisa, internaram, aí achou que era outra coisa.

**MC:** E você foi assim mesmo fazer a tal palestra?

**CI:** Aí eu tive dificuldade pra falar, a única única coisa que... eu sentia...dificuldade de falar.

**MC:** Cês lembram que a profissão dele ...

**CI:** era consultor.

**MC:** consultor. Ele dava palestras, dava cursos ...

**CI:** palestras ... cursos ... na faculdade ... dava palestras o dia todo ... senti dificuldades, né ?

## 2.2. O QUE PODE CAUSAR AFASIA?

A afasia pode ser causada em geral por um acidente vascular cerebral, por um traumatismo crânio-encefálico ou por um tumor cerebral. Ela surge em geral abruptamente, ou seja, de repente, sem que a pessoa perceba antecipadamente que está por sofrer um dano neurológico.

Como veremos nos relatos abaixo, o acidente cerebral que causa a afasia pode ocorrer nas mais diversas situações do dia-a-dia.

**CI:** Eu subi às seis horas da manhã, né ? Eu agüei as planta tudo, fui dormir, a...aí...a...aí eu tive derrame cerebral !Mas eu acordei às oito horas, era questão de minutos!

**MC:** Cê foi dormir às seis da manhã e acordou às oito ?

**CI:** Às oito! Tentei acordar, tentei acordar, tentei acordar, duas horas que eu tinha ...

**EM:** Acordou afásico ?

**CI:** Já era! Eu não falava nada, demorou três meses pra eu falar alguma coisa.

**EM:** Hum, hum! Escuta, essa... essa história que o senhor tá contando, é um pouco parecida com a dele, quer dizer, o senhor foi surpreendido pelo derrame e pela afasia; você também, Dinho?

**JB:** Foi ...

**EM:** Foi uma surpresa, você teve o derrame, não tinha uma história de estar doente e tal ... Você foi ...

**JB:** Almoço .

**EM:** Tava almoçando.

**JB:** Saquê, né ?

**MC:** Tava tomando saquê ?

**JB:** É! Aí tava comendo ...

**MC:** Tava comendo ?

EM: *Tranquilo...*

**JB:** *Foi a ... o ... sofá, cinco, seis, de repente, é ... caiu!*

EM: *Cê se lembra, Shizue, como que aconteceu com você ? Você também sofreu um derrame ? Como foi ?*

**SI:** *Tava na roça, né ? Ai aconteceu !*

EM: *Como é que aconteceu? Cê lembra?*

**SI:** *Não !*

A causa mais comum da afasia é o acidente vascular cerebral isquêmico (em que há falta de oxigênio no cérebro, causa da lesão cerebral) ou hemorrágico (em que há extravasamento de sangue no cérebro, causa da lesão cerebral). Estudos epidemiológicos indicam que os infartos cerebrais constituem 70 a 80% dos casos de acidentes vasculares cerebrais, ficando os casos restantes divididos entre as hemorragias cerebrais.

Os acidentes vasculares cerebrais ou “derrames” (como popularmente são conhecidos tanto os de origem isquêmica quanto os de origem hemorrágica) são a terceira grande causa de morte e a maior causa de invalidez no mundo inteiro.

O acidente vascular cerebral (AVC) se deve a um entupimento de vasos sanguíneos do cérebro por uma placa de gordura (arteriosclerose) ou por um coágulo oriundo de um coração doente. Quando isto acontece, a região do cérebro irrigada pela artéria deixa de receber substâncias nutritivas e oxigênio, e seus neurônios morrem. Nos indivíduos com pressão alta, a qualquer momento pode também ocorrer rompimento de uma artéria do cérebro, resultando em hemorragia. A pressão alta, o diabetes, o excesso de gordura no sangue e o abuso de fumo e álcool são os fatores que mais causam doença das artérias e do coração e, portanto, também os acidentes vasculares cerebrais. Em mulheres jovens, o uso de pílulas anticoncepcionais e a enxaqueca podem também levar aos acidentes vasculares cerebrais, especialmente se forem fumantes. Portanto, a melhor maneira de prevenir o acidente vascular cerebral e a afasia, e prolongar uma vida saudável, é evitar e tratar esses fatores de risco.

Além dos “derrames”, outras causas menos freqüentes de afasia são os traumas crânio-encefálicos (especialmente por acidentes automobilísticos) e os tumores cerebrais. Os “derrames”, vale lembrar, ocorrem mais freqüentemente em indivíduos idosos, e os traumas, em crianças e adultos jovens. As afasias decorrentes de traumas geralmente melhoram mais rápido e em maior grau do que as decorrentes de “derrames”, que costumam deixar seqüelas mais duradouras.

Na maioria das pessoas com afasia, ou seja, em quase 100% dos indivíduos destros e em 75% dos canhotos, a lesão se localiza no lado esquerdo do cérebro. Em geral, quando a lesão está nas partes anteriores do cérebro (regiões frontais), o afásico apresenta maiores dificuldades com a expressão e a produção da fala; quando a lesão está nas partes posteriores, predominam as dificuldades de compreensão e interpretação do que os outros dizem; e quando a lesão está no hemisfério direito, a entonação e a melodia da fala podem estar alteradas.

### **Dados epidemiológicos de acometimentos cerebrais que podem causar afasia**

Neste item consideramos importante mencionar alguns estudos epidemiológicos realizados no Brasil, reconhecidamente escassos, relativos a doenças cerebrovasculares, como acidentes vasculares cerebrais (hemorrágicos e isquêmicos) e a traumatismos crânio-encefálicos (TCEs).

As chamadas doenças cerebrovasculares e os traumatismos cerebrais podem vir a causar afasia, por isso se torna importante conhecer sua incidência na população brasileira (os dados mostrados a seguir se encontram no *site* do Ministério da Saúde, [www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/dados/](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/dados/)):

**Dados epidemiológicos de doenças cerebrovasculares do sexo masculino e do sexo feminino no ano de 2000- BRASIL**

	<b>0 – 19 anos</b>	<b>20-49 anos</b>	<b>50 e + anos</b>
<b>HOMENS</b>			
I61 Hemorragia intracerebral	154	1.404	2.986
I63 Infarto cerebral	134	440	2.066
I64 Acidente vascular cerebral (hemorrágico/ isquêmico)	182	6.056	37.924
<b>CID10</b>	<b>INTERNAÇÕES</b>	<b>INTERNAÇÕES</b>	<b>INTERNAÇÕES</b>
<b>MULHERES</b>			
I61 Hemorragia intracerebral	128	1.237	2.590
I63 Infarto cerebral	110	414	1.873
I64 Acidente vascular cerebral (hemorrágico/ isquêmico)	207	6.071	35.248

**CID10** – Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde (Organização Panamericana de Saúde; Organização Mundial de Saúde).

Os dados epidemiológicos de traumatismos crânio-encefálicos (TCEs) no Brasil, mencionados logo abaixo, dizem respeito à morbimortalidade por traumatismo no município de São Paulo em 1997. O estudo que reproduziremos logo abaixo analisou a incidência de TCE em vítimas residentes e internadas na rede hospitalar do município de São Paulo, segundo o tipo de lesão, a idade, o sexo, o tempo de permanência hospitalar. O referido estudo estimou a mortalidade por TCE dentre as mortes por causas externas no mesmo local e no mesmo período.

Com a finalidade de apenas apontar o índice de TCE por faixa etária e por coeficiente de mortalidade devido a causas externas, exibimos dois gráficos extraídos de um estudo realizado por Koizumi e colaboradores, publicado em 2000 nos “Arquivos de Neuro-Psiquiatria”:

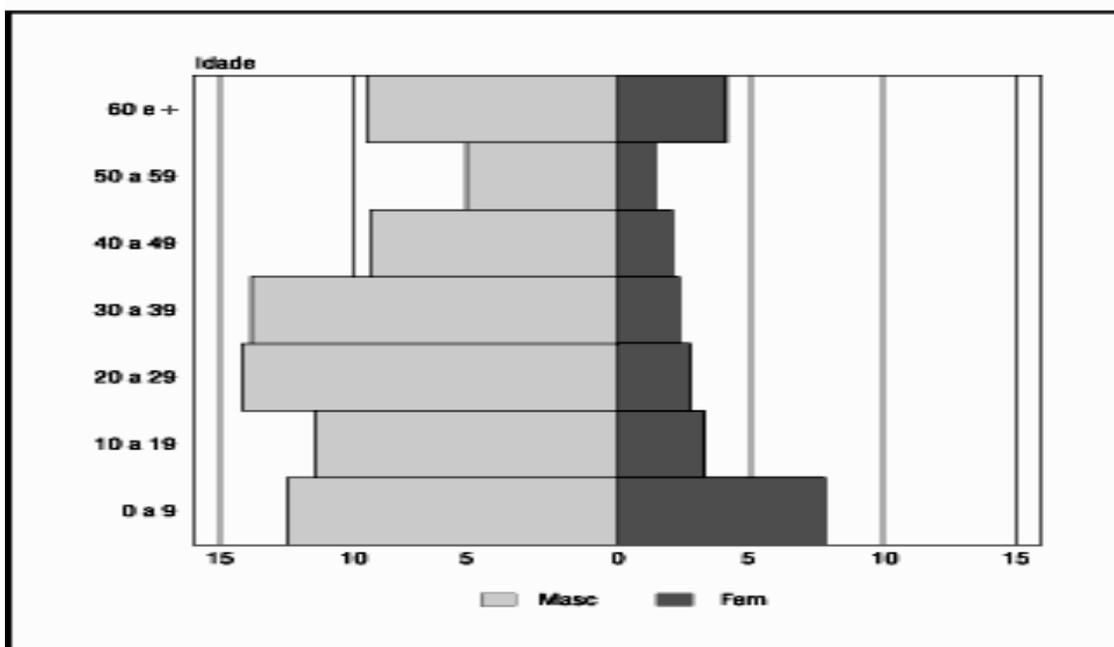


Fig 1. Pacientes internados por TCE segundo sexo e idade. Município de São Paulo, 1997.

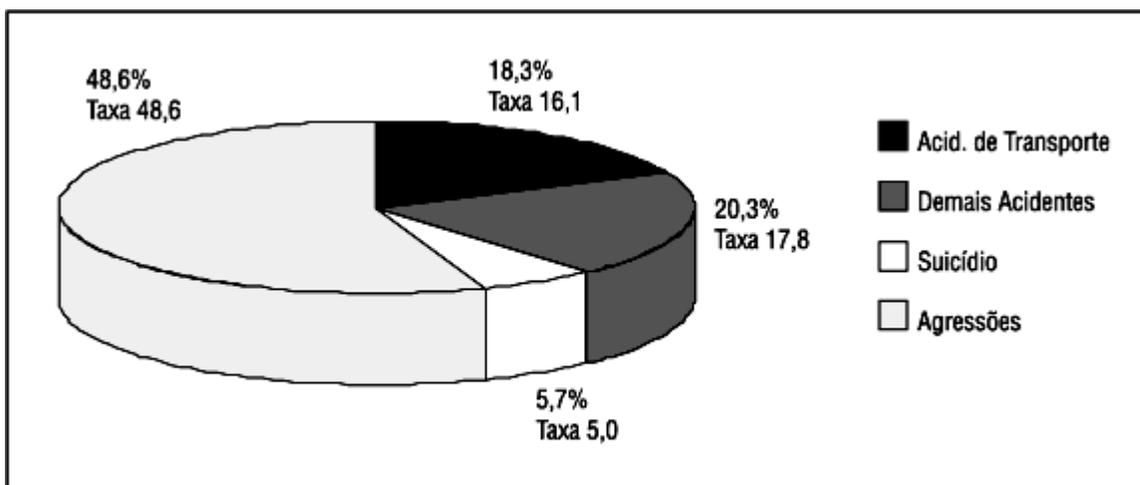


Fig 2. Mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade por causas externas segundo tipo. Município de São Paulo, 1997.

### A plasticidade do cérebro

Como afirmava um grande neurologista russo, Alexander Romanovich Luria, o cérebro não é um órgão estático, fixo e programado, mas dinâmico, flexível e ativo, com uma excepcional capacidade de readaptação, evolução e mudança, altamente dependente das necessidades e ações do organismo como um todo. Há, dessa maneira, uma intensa e rica interação de nossas ações no mundo com a dinâmica do funcionamento cerebral. Essa

interação se torna particularmente ativa nas lesões do Sistema Nervoso Central, quando o cérebro deve procurar (pela ação do organismo como um todo, não apenas da intimidade do tecido neural) caminhos e modos diferentes de funcionamento.

A afasia e outros transtornos cognitivos decorrentes de lesão traumática ou vascular geralmente melhoram, em maior ou menor grau, dependendo de vários fatores. Quais são esses fatores? Em primeiro lugar, podemos mencionar os fatores biológicos, tais como: (1) a idade do sujeito (quanto mais jovem, maior e mais rápida a melhora), (2) a natureza da lesão (a lesão traumática melhora mais que a lesão vascular isquêmica), (3) a diminuição da inflamação e do edema da lesão, (4) a ação das células de defesa limpando a área lesada, (5) a revascularização (formação de novos vasos sanguíneos na área), e (6) o rearranjo funcional dos neurônios sobreviventes da área lesada e dos neurônios das áreas não lesadas vizinhas e do outro lado (hemisfério) do cérebro.

Não são só os fatores biológicos que contam na recuperação. Quanto mais cedo o afásico puder retomar sua vida social – em especial com ajuda de familiares e amigos – e se envolver em acompanhamentos terapêuticos adequados (individuais e/ou em grupo), mais os efeitos da plasticidade cerebral serão observados. Isso porque, em termos neurofisiológicos, os neurônios são estimulados pela ação de nossos processos cognitivos, tornando-se capazes de estabelecer novas ligações entre si (formando novas sinapses), numa tentativa de restabelecer as funções perdidas ou alteradas. Em outras palavras, para haver rearranjo funcional do cérebro após a lesão, é preciso que ele seja motivado, e essa motivação depende de nossas ações no mundo. Agimos no mundo e com o mundo ao nos comunicar, interagir, significar, trabalhar, brincar, ler, pensar, nadar, *etc.*

Os fatores psicológicos são igualmente importantes na recuperação e na retomada das várias atividades da vida: referimo-nos ao estado de ânimo, à motivação e ao interesse do afásico no enfrentamento de dificuldades que podem surgir com as seqüelas neurológicas, sobretudo as iniciais, bem como ao engajamento da família e do entorno social do afásico no enfrentamento dessas dificuldades, seja facilitando e mantendo a sua convivência com pessoas importantes para ele, seja promovendo novas relações.

No episódio transcrito abaixo, um encontro do dia 16/06/00, os participantes do Centro de Convivência de Afásicos (CCA) discutem a inter-relação entre cérebro, linguagem e afasia.

*EM: Então, uma coisa que é importante saber é como o cérebro funciona, de que maneira a lesão cerebral afeta o funcionamento do cérebro...*

*CI: Isso é...é importante ! No livro...*

*EM: Não, a afasia não é só uma questão de neurônio e cérebro...Não é! Porque veja só: A linguagem não tá só no cérebro! A linguagem tá...a linguagem está no corpo, tá na interação com as pessoas, é claro que pra linguagem se adequar, digamos assim, é também do cérebro, é preciso que ele esteja ... bom!*

*CI: Mas nós sabemos a linguagem que deve ser... Nós sabemos! Porque estudamos, e eu...a leitura, tudo...a...linguagem...Mas na hora que escreve, num num consegue escrever! É... que...que...a...a...linguagem é...é... afetada ...*

*EM: Ah?*

*CI: Na hora que escreve é afetada a linguagem!*

*EM: E se a gente fizesse o seguinte: acho, concordo também com o seu Edmundo que uma parte sobre o funcionamento do cérebro e como ele é afetado pela lesão cerebral é*

*importante ter (no livro de divulgação das afasias que está sendo preparado pelo grupo), mas talvez também seja importante dizer também como ele é plástico, como ele se regenera, como é importante também fazer que ele volte a funcionar, etc.*

### **2.3. PODEMOS PREVENIR A AFASIA?**

Este item procura complementar o já dito no item anterior. Por ser uma seqüela de uma lesão cerebral, não se pode evitar a ocorrência da afasia. Entretanto, de certo modo, podemos preveni-la sim, como também outras doenças, se procurarmos levar uma vida saudável, se estivermos atentos à nossa saúde, ou se pertencermos a grupos de risco, como vimos no item anterior. Isso quer dizer que devemos ter cuidado especial com nossa saúde particularmente na presença de alguma predisposição (do tipo pressão alta, cardiopatia, diabetes, alteração vascular).

Vejam abaixo o comentário de CI sobre essa questão, numa reunião do dia 15/06/00:

**CI:** *Eu creio que sim! Por quê? É...é...é...é...é... sangue, né? Noventa por cento é problema de sangue, tá? Se houvesse um exame de sangue, é...é-todo ano, a gente saberia prevenir...de acordo com o sangue. É...é...é... problemas de coração, problemas de...é...é...a...é...hipertensão, problemas de, né, controle evita afasia. Por quê? Porque depois que tem, depois que dá o derrame, aí é que ...*

### **2.4. TODAS AS PESSOAS AFÁSICAS TÊM A MESMA DIFICULDADE PARA SE COMUNICAR?**

A resposta é não, considerando de antemão que ninguém tem a mesma facilidade para se comunicar, afásicos e não-afásicos.

As afasias podem variar desde o tipo (raro, felizmente) que impede qualquer possibilidade expressiva ou interpretativa até aquele em que as dificuldades de linguagem (oral e escrita) são praticamente imperceptíveis. Essa variação tem razões diversas, e não está apenas na dependência de uma causa orgânica. Assim, ela vai depender de fatores diversos como a gravidade do comprometimento neurológico, a capacidade de regeneração ou plasticidade cerebral (por sua vez dependente de fatores não apenas biológicos, mas neurofuncionais, já que o cérebro funciona e se reorganiza estimulado por nossas atividades práticas no mundo, como trabalhar, interagir com os outros, refletir, solucionar problemas ou encontrar alternativas de resolução para eles), a maneira como a pessoa reage à sua afasia (se ela se deixa abater pelo silêncio pesaroso, ou se procura se comunicar da melhor forma que puder, por exemplo), a maneira como se lida socialmente com a afasia (em casa, no trabalho, nos lugares públicos, etc.).

Vejam abaixo um trecho da discussão sobre essa questão, realizada entre afásicos e pesquisadores numa reunião de 15/06/00.

**EM:** *Não, não tem a mesma dificuldade. Tem dificuldades diferentes.*

**CI:** *Isso depende do grau de afasia. Aí sim, depende da capacidade de*

comunicação e compreensão, porque afásico tem vários graus. Três graus (...) O primeiro, né? Esqueci o nome... É... Afasia. Afásico não fala, afásico fala e outro, afásico depois com o tempo fala normalmente, então, esses graus de afasia têm um nome e eu esqueci o nome... (...).

**EM:** Deixa eu fazer uma pergunta com relação a este ponto. Ela disse que as pessoas afásicas não têm a mesma dificuldade, não é? Elas não têm a mesma dificuldade porque as pessoas não afásicas e afásicas não têm também a mesma facilidade. As pessoas não reagem da mesma forma com a linguagem. Às vezes... Às vezes a gente age de uma maneira boa num certo contexto e depois... Vai pedir aumento, por exemplo, fica nervoso e a fala também não sai...

**CI:** A minha lembrança... Eu tinha dificuldade. É... Eu tava deprimido, deprimido, deprimido... Ai... Eh... Você falou para mim escrever nos cadernos e tal. Ai eu comecei a... nos cadernos, tá? Dificuldade, Eu tinha dificuldade de ler... eu não entendia, eu não conseguia ler quando eu tive o acidente, quando eu quando eu tive... eu não conseguia nada.. ai, eu fui lendo, lendo... Fiz o trabalho, fiz três cadernos que tá com você. Ai depois eu fui trabalhando... a cada lição ai começou a melhorar, começou a melhorar porque eu era muito orgulhoso e tal. Ai eu fiquei humilde... Minha família foi recente que viu eu humilde. (...) Todo afásico sente muito a dificuldade que tem de se comunicar.

Em outro momento da discussão, MS também comenta sobre suas dificuldades:

**AP:** (...) E para ler, Sr. Manoel? O que que acontece quando o senhor vai ler... Por que o senhor acha que não consegue ler?

**MS:** Porque a minha filha falou que a, a minha inteligência, minha inteligência não afetou. Agora a palavra é que ... A escrita, números, letra. Letra, não. Cores também. Cores tudo, mais... Mais de três meses que ela tá fazendo... Todo dia, me dá aula. Escrevendo meu nome. Ela. Ela não sabia escrever meu nome. Não sabia, e nada, nada, nada.

**AP:** Mas quando o senhor vai ler, o que que acontece que senhor. não consegue? O senhor sabe explicar... na cabeça...

**MS:** Bom, a gente não tem sentido. Num tem sentido. Você lê, menina, mas você não tem o sentido que a frase tem.

**AP:** Mas o senhor sabe quais são as letras que estão ali, na palavra? Ou não?

**MS:** Como?

**AP:** O senhor sabe quais são as letras que têm?

**MS:** As letras, sabe, tudo.

**AP:** As letras, sabe...

**MS:** Não tem é o sentido. Tudo, tudo. Eu não sei assimilar. Eu não sei assimilar da... da... da... da... a... a... Como é que foi? Que foi?

**AP:** O senhor não sabe assimilar. O senhor falou o sentido, né?

**MS:** É. Sentido. Isso.

**AP:** Agora, para falar? O senhor tem dificuldade, né? Quais são as dificuldades que o senhor acha que tem?

**MS:** Como bem... “Bom dia” eu sei falar. “Boa tarde” eu sei falar. É... Cumprimento eu sei falar, né? Ai o vizinho passa: “Bom dia”, “Bom dia”. “Esse cara não tem derrame, num tem derrame”. Agora... as palavras não sei mais...

## 2.5. PODEMOS FALAR COM O AFÁSICO SOBRE SUAS DIFICULDADES OU SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE?

Sem dúvida que podemos e devemos falar com o afásico sobre suas dificuldades e sobre seu estado de saúde. Questões que tratam do seu estado de saúde, prognóstico e recomendação de condutas terapêuticas interessam muito ao afásico e à sua família. Tanto no momento do diagnóstico médico, quanto durante seu processo terapêutico, o afásico e seus familiares devem receber informações de forma clara e objetiva, de modo a poder diminuir sua ansiedade e garantir uma adesão consciente ao processo de recuperação.

Vejam abaixo uma discussão ocorrida em reunião do dia 15/06/00. As pesquisadoras EM, MC e AT discutem a questão com CI, afásico.

EM: *Eu tô entendendo que tem duas coisas aí: o afásico, mesmo quando ele pode falar, consegue falar, ele silencia?*

CI: *Silencia.*

EM: *Ele prefere não falar? Mesmo quando ele consegue falar ?*

CI: *Não, porque ninguém pergunta pra ele !*

EM: *Por que também ninguém fala com ele ?*

MC: *Ninguém se interessa!*

EM: *Porque também ninguém fala com ele, porque tem a dificuldade e aí fica aquela coisa, “bom, então ...”*

CI: *Fala com outros, mas não fala com afásico então, fica quieto! E a-acho que é importante falar sobre o estado de saúde, né? Ninguém pergunta o estado de saúde!*

AT: *E muitas vezes numa consulta a gente vê também, por exemplo, se vai o marido que tá afásico e a esposa, o médico se reporta à esposa, fala com a esposa, “mas o seu marido, não sei o quê?” E aí ela responde por ele, a pessoa fica lá...*

CI: *Não fala, não fala!*

## 2.6. HÁ TRATAMENTO PARA AS AFASIAS?

Não existe tratamento farmacológico ou cirúrgico que cure a afasia. Para melhorar o estado de saúde, ou para estimular a dinâmica cerebral, muitas vezes são administrados tratamentos farmacológicos que são receitados pelo médico. Desse modo, o tratamento que ajuda a enfrentar, superar ou aprender a conviver com a afasia é o do tipo terapêutico, periódico e sistemático, que acaba por ser inserido no dia-a-dia das pessoas afásicas. Em geral, os tratamentos médicos e terapêuticos necessários são realizados nos hospitais, nos postos de saúde, nos centros universitários, nos centros de reabilitação (públicos, filantrópicos ou privados), nos consultórios particulares de médicos e terapeutas (como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais).

Dessa maneira, a inexistência no momento de tratamento farmacológico e cirúrgico que cure as afasias não implica que o afásico e sua família devam ficar sem assistência e orientação. Há muito que fazer em relação à qualidade de suas possibilidades comunicativas. Desde que a pessoa tenha condições (físicas, psicológicas, cognitivas), o acompanhamento terapêutico deve ser iniciado o mais rapidamente possível. A depender das condições e das necessidades da pessoa afásica, entra em cena primeiramente um

determinado profissional. Por exemplo, se a pessoa ainda estiver hospitalizada e for incapaz de interagir voluntariamente, é comum que o fisioterapeuta inicie suas atividades antes da intervenção do fonoaudiólogo ou do terapeuta ocupacional.

Em virtude das alterações lingüísticas, cognitivas e motoras causadas pelo comprometimento neurológico, o afásico necessita, normalmente no início de seu quadro clínico, de um acompanhamento interdisciplinar constituído por uma equipe da qual podem fazer parte os seguintes profissionais:

- *Clínico geral* e/ou *neurologista* e *cardiologista*. Estes médicos se responsabilizam pelas avaliações das condições gerais de saúde do afásico, no que diz respeito às intervenções cirúrgicas e medicamentosas, bem como a exames regulares para acompanhar as seqüelas do acidente cerebral;

- *Fonoaudiólogo*. Este profissional atua terapêuticamente na recuperação da linguagem oral e/ou escrita e/ou gestual do afásico, o que permite uma melhora da sua comunicação e da sua qualidade de vida, bem como facilita a socialização, a reinserção ocupacional, o fortalecimento da autoconfiança. Além disso, o fonoaudiólogo pode atuar também na recuperação de movimentos e gestos faciais, quando uma paralisia facial ou uma apraxia acompanha a afasia, bem como na recuperação das funções de mastigação e deglutição (ato de engolir saliva e alimentos), que podem estar alteradas devido à lesão cerebral.

- *Fisioterapeuta*. Este profissional atua na recuperação dos movimentos e gestos de braços, mãos, pernas e marcha, comprometidos por uma paralisia leve ou severa. A atuação deste profissional envolve desde uma pequena dificuldade na movimentação de membros e marcha, até paralisias totais de membros de um lado do corpo. Este tipo de acompanhamento visa a independência do afásico para sentar, andar, vestir, enfim, realizar os movimentos que fazem parte de seu cotidiano. Em alguns casos, principalmente logo após o acidente neurológico, o afásico pode precisar temporariamente do uso de cadeiras de rodas e/ou de alguma órtese de membros para facilitar a recuperação do movimento ou evitar o atrofiamento muscular. Nestes casos, pode haver uma ação conjunta com outros profissionais como o

- *Terapeuta Ocupacional*. Este profissional, em conjunto com o fisiatra, orienta a confecção da órtese específica para as necessidades de cada pessoa, como também a de objetos de apoio para as diversas atividades do dia-a-dia, como alimentação, higiene pessoal, uso de computador, escrita manual, etc. O terapeuta ocupacional, além disso, realiza terapias para a recuperação da coordenação motora mais precisa e complexa das mãos, utilizadas no ato de escrever, costurar, cozinhar, entre outros.

- *Psicólogo*. Este profissional pode atuar de maneira importante junto a pessoas afásicas e seus familiares. Ele orienta e dá amparo ao afásico e à família em relação às implicações psicossociais que podem acompanhar as seqüelas neurológicas.

Uma última palavra neste item é ainda necessária. Temos até aqui falado da importância de um acompanhamento médico-terapêutico adequado. Entretanto, é também importante salientar que outras atividades podem sem dúvida nenhuma produzir efeitos terapêuticos benéficos se resultarem interessantes, estimulantes e prazerosas para a pessoa afásica. Como exemplos dessas atividades podemos mencionar oficinas de pintura e artes plásticas, aulas de canto, de natação, de expressão teatral ou de informática, etc.

No Centro de Convivência de Afásicos (CCA), por exemplo, temos desenvolvido os Programas de Teatro e de Educação Física, ao lado do Programa de Linguagem (como

veremos no item 5 deste livro). Cumpre notar que o desenvolvimento de atividades corporais e teatrais é uma prática recente nesse campo e representa uma inovação no tratamento e acompanhamento terapêutico de pessoas afásicas.

O trabalho de Educação Física não tem como objetivo que os sujeitos afásicos tenham apenas ganhos fisiológicos, mas sim que por meio da participação em atividades como jogos, dança, almoços comunitários e caminhadas possam redimensionar as suas possibilidades de movimentação, interação e atuação social.

No caso do trabalho com teatro, não se trata de transformar pessoas afásicas em atores (embora isso possa acontecer!), mas basicamente de explorar recursos da técnica teatral (como jogos, encenações, relaxamentos corporais, reflexão sobre as diferentes formas de comunicação próprias e alheias, *etc.*) com vistas à ampliação de possibilidades expressivas. A disposição para enfrentar os desafios constantes da comunicação humana é também explorada no trabalho teatral. A julgar pela mudança positiva de humor dos integrantes do CCA, e a julgar pelo aumento da disposição para o enfrentamento das limitações impostas pelas seqüelas motoras e verbais, tanto o trabalho de teatro quanto o de Educação Física têm se mostrado imprescindíveis para a recuperação das possibilidades comunicativas das pessoas afásicas.

## **2.7. QUE BENEFÍCIOS EM GERAL A PESSOA AFÁSICA TEM COM O TRATAMENTO TERAPÊUTICO?**

Mesmo com bons e adequados acompanhamentos terapêuticos, e mesmo com um grupo familiar com o qual mantém experiências afetivas ricas, o afásico em geral não chega a recuperar totalmente sua linguagem, retomando integralmente o padrão anterior à lesão cerebral (embora possa chegar muito próximo a ele). Em geral, afásicos, familiares e terapeutas chegam a determinado nível de aceitação e de convivência com as dificuldades de linguagem oral e escrita que tem a ver com a possibilidade da pessoa afásica de se sentir segura e competente para interagir, significar, comunicar, trabalhar, enfim, exercer seus vários papéis sociais.

A confiança existente na relação entre o afásico e seu terapeuta é proporcional à atitude positiva do afásico em relação ao processo de recuperação ou reorganização da linguagem. Um acompanhamento terapêutico centrado a um só tempo nas particularidades do afásico e nas práticas da vida em sociedade poderá oferecer a ele e seus familiares melhores condições de superar as dificuldades.

Na reunião do dia 8/06/00, de onde extraímos o episódio abaixo, os afásicos que freqüentam o CCA comentam a importância da convivência semanal em suas vidas.

Vejamos uma reflexão de CI, que compara os diferentes quadros de afasia apresentados pelos afásicos que freqüentam o CCA e afirma que a afasia melhora, embora não tenha cura:

*CI: Cada um tem uma particularidade, cada um fala uma coisa, eu ouço, né? Consegue, e ela melhorou a afasia dela também, ela melhorou a afasia; então, é possível melhorar a afasia porque ela é um exemplo pra mim, né, de determinação. Vários acidentados, né? E ela melhorou depois de 13 anos.*

## 2.8. EM QUE MOMENTO TERMINA A REABILITAÇÃO DO AFÁSICO?

É difícil precisar um tempo exato para marcar o fim ou a duração de um programa terapêutico. Essa questão depende até mesmo do que entendemos por reabilitação, ou da constância e da frequência dos acompanhamentos terapêuticos. Os relatos médicos e terapêuticos costumam assinalar que o processo de reabilitação requer, em geral, um tempo prolongado, que varia de seis meses a anos de tratamento. De fato, é mais interessante falar em “processo de alta”, período em que o afásico se aproxima das condições lingüísticas e cognitivas anteriores à lesão cerebral, sentindo-se suficientemente seguro para levar a vida convivendo com sua afasia de forma confiante. Mesmo em processo de alta, entretanto, há afásicos que continuam a freqüentar sessões terapêuticas como forma de estímulo às situações conversacionais e comunicativas.

## 2.9. QUAIS SÃO OS IMPACTOS MAIS FREQUENTES NA ATIVIDADE OCUPACIONAL, NA VIDA FAMILIAR E SOCIAL DO AFÁSICO?

Como vimos até aqui, são muitos os impactos que pode sofrer o afásico em sua vida familiar e social. Entretanto, parafraseando o neurologista Oliver Sacks em seu livro “Um antropólogo em Marte”, a afasia não precisa ser ou implicar necessariamente uma contração da vida. Vejamos alguns exemplos que ilustram esta reflexão. Seguem abaixo relatos, comentários e ponderações de pessoas afásicas sobre as mais diversas implicações das afasias em suas vidas, bem como a maneira como enxergam comportamentos dirigidos a eles em diferentes etapas de sua convivência com a afasia.

No episódio abaixo se observa como a superproteção familiar ou o isolamento dos amigos e colegas de trabalho incorrem na idéia de que afásicos são seres vítimas da fatalidade; como a não aceitação da condição de afásico pode se transformar em frustração, sentimento de abandono e raiva – que acabam invariavelmente imputando ao afásico uma espécie de “culpa” por ter sofrido uma lesão cerebral. Isolamento social, perda do posto profissional, rejeição envergonhada de amigos e filhos, informação médica incompleta ou inadequada ao afásico leigo, perícias médicas que determinam muito superficialmente o diagnóstico de invalidez para o trabalho são temas recorrentes na conversa com afásicos, entre afásicos.

Vejamos nos trechos abaixo, comentários e relatos sobre as dificuldades psico-afetivas e sócio-ocupacionais enfrentadas comumente pelas pessoas afásicas:

*EM: Quer dizer, além de toda dificuldade que a pessoa tem, com relação ao corpo, com relação à fala, tem outra. Na verdade, por conta disso, a falta do trabalho, a ausência de círculo social, quer dizer, isso também é uma coisa que afeta.*

*CI: Foge, todo mundo foge !*

*MC: Perdas, quer dizer...*

*CI: Os parente, até os parente foge ...*

*EM: É mesmo?*

*CI: É, até os parente foge. Só pai, mãe irmãos que não!*

*MC: Mas talvez fujam porque não sabem lidar ...*

**CI:**... *E eu recuperei. A família protege muito e tem muitos afásico, muitos hemiplégico que, que tá em casa! Que não sai de casa!*

**EM:** *Quer dizer, não só não tem tratamento, como tá apartado da vida ...*

**CI:** *Um rapaz que mora pertinho de casa, pertinho é...é...é ... hemiplégico e afásico ! (...) A família protege e não sai de casa!*

**MC:** *É, esconde ...*

**EM:** *Isso revela um ...*

**MC:** *preconceito ...*

**CI:** *Os irmão sai, as irmã sai, ele não sai de casa!*

**CI:** *Só televisão, só televisão ... só televisão ...*

**EM:** *O isolamento social é uma coisa muito grave, né ?*

**MC:** *Pra qualquer pessoa ! Não é só pra pessoa que tem um problema!*

**CI:** *Acorda de manhã, liga a televisão, vai dormir, desliga a televisão.*

**EM:** (dirigindo-se a EF, um senhor afásico) *O senhor mostrou com a mão isso aqui, o senhor conhece quatro pessoas? Afásicas ? O senhor tem contato com elas?*

**EF:** *Tenho...tenho !*

**EM:** *E elas tão como, na vida ? Elas têm, elas procuraram algum tipo de ajuda, de terapia?*

**EF:** *Não, não, não .*

**EM:** *Não?*

**CI:** *Só televisão, só televisão ... só televisão ...*

## **2.10. O AFÁSICO PODE CONTINUAR A TRABALHAR?**

Sim, a depender do interesse e da experiência profissional do afásico e das seqüelas deixadas pela lesão cerebral, é possível que ele continue a trabalhar ou se reintegre ao mercado de trabalho em outra ocupação.

É preciso lembrar que não é raro que as afasias sejam acompanhadas por paralisias e demais alterações neurológicas com graus de severidade variados. Tanto por afetar a linguagem, quanto por afetar a realização motora ou gestual de membros superiores e inferiores, a pessoa afásica é em geral afastada de suas atividades ocupacionais, muitas vezes de forma inadequada, quando, por exemplo, é considerada inválida em perícias médicas apressadas ou sem que se tenha averiguado a possibilidade de mudança (temporária ou definitiva) de função ocupacional. Em outras palavras, a volta ao trabalho (original ou alternativo) dependerá de vários aspectos nem sempre reduzidos à atual condição lingüística ou motora do afásico.

Sem estar impedido a rigor de exercer alguma atividade ocupacional se suas dificuldades lingüísticas ou motoras não forem do tipo incapacitante (felizmente, não tão recorrente como as formas mais atenuadas), freqüentemente o afásico se vê sozinho e sem incentivo para procurar uma nova atividade ocupacional ou um novo posto profissional. Tanto a família quanto os profissionais envolvidos com o afásico e sua recuperação têm um papel extremamente importante com relação a essa questão. É possível também que, após

um período de acompanhamento terapêutico, o afásico possa retornar às suas atividades ocupacionais anteriores ao dano neurológico.

Entre os integrantes do CCA, há os que foram simplesmente afastados dos seus postos de trabalho, aposentados por invalidez: eram motoristas, enfermeiros, comerciantes, operários, *etc.* Há também os que por iniciativa própria ou com o apoio de familiares passaram a exercer outra profissão depois de afásicos: um advogado se tornou massagista, um engenheiro civil se tornou proprietário de banca de jornal. Também temos entre nós afásicos que, afastados de funções ocupacionais remuneradas, passaram a desenvolver outras atividades informais. Há ainda os que procuram desenvolver seus *hobbies* como forma de se ocupar de forma interessante: bordado, pintura, natação, *etc.* E há também os que sem exercer um trabalho específico passaram a desempenhar funções domésticas, ocupando-se de inúmeras e essenciais atividades na dinâmica familiar.

### 3. QUESTÕES RELATIVAS AOS DIREITOS DAS PESSOAS AFÁSICAS

#### 3.1. Os direitos civis e trabalhistas das pessoas afásicas

**CI:** *Quem é trabalhador, aí sente muita falta ...*

**EM:** *Por quê?*

**CI:** *Perde o trabalho; perde o trabalho! Porque as empresas não considera é-é-é ... quem gosta de trabalhar!*

**MC:** *Hum, hum ... quer dizer: uma vez que você não consegue falar direito, já era!*

**CI:** *... Então a aposentadoria não é pra-pra depressão, só a hemiplegia, né? Não é hemiplegia, é falta e tra ... de continuar a exer... a trabalhar, voltar a trabalhar. Aí aposenta, aposenta por invalidez.*

**EM:** *Tá.*

**CI:** *Mas a afasia não é aposentadoria... Todo mundo perdeu, individualmente, nós perdemos ... muitas coisas, né? ... Dinheiro! Agora ... afásico... nós não é ... aposentadoria não é considerada na lei trabalhista ...*

Não existe oficialmente, em toda a legislação brasileira, nada que situe especificamente o afásico diante da lei, nem na Constituição Federal, nem no novo Código Civil, de 2002. O Código Civil vigente é a lei 3.071 de 1 de janeiro de 1916. O novo Código Civil (Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002) só entrará em vigor em 2003.

A Constituição Federal tem várias leis para a garantia dos direitos da **pessoa portadora de deficiência**. A lei define a pessoa portadora de deficiência como “*aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano*”.

A lei considera quatro categorias de deficiência: física, auditiva, visual e mental. Em qual delas podemos situar o afásico?

O afásico pode ter uma deficiência física chamada hemiplegia quando existe perda total das funções motoras de um lado do corpo (direito ou esquerdo), ou uma hemiparesia quando a perda é parcial. Mas nem todos os afásicos têm essa deficiência.

O afásico pode ter problemas para entender aquilo que dizem a ele, mas não tem uma deficiência auditiva do tipo que os surdos apresentam e que é a descrita na lei.

O afásico pode ter dificuldade para reconhecer um objeto, mas não porque tenha problemas de acuidade visual como os que estão previstos na lei.

O afásico não tem uma deficiência mental que é descrita na lei como “funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos”. O afásico tem um problema de linguagem que é adquirido com uma lesão no cérebro. Ninguém nasce afásico.

Portanto, pela lei, só o afásico com hemiplegia ou hemiparesia poderia ser considerado pessoa portadora de deficiência, enquadrado na categoria de deficiência física, pelo problema motor. Mas, e o afásico que não tem problema motor nenhum? Como a lei não se refere a essas pessoas que têm na linguagem a sua deficiência, os afásicos muitas vezes podem ser considerados pela lei da mesma forma como são tratados os deficientes mentais ou os doentes psiquiátricos.

O Código Civil vigente é de 1916 (Lei 3.071) e em seu Art. 5º cita, entre outros, os loucos de todo o gênero e os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade, como absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil. Os afásicos, não raras vezes, são enquadrados por analogia nessas categorias (de loucos ou de surdos-mudos) e são, por isso, muitas vezes considerados totalmente incapazes de exercerem seus direitos de cidadão, devendo, então, ser representados por uma outra pessoa (indicada pelo juiz).

Já o novo Código Civil 2002 (em vigor em 2003), quando comparado com o Código Civil anterior (de 1916), traz diferenças importantes quanto ao julgamento da capacidade de cada pessoa de exercer os atos da vida civil e, com isso, abre mais perspectivas em relação aos direitos da pessoa afásica.

O Código Civil 2002 (Lei 10.406 - Art. 3º) considera **absolutamente incapazes** de exercer pessoalmente os atos da vida civil “*os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos*”, e “*os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade*”, entre outros.

O novo Código Civil (Lei 10.406 - Art.4º) considera ainda, as pessoas que são **relativamente incapazes** de exercer certos atos, como “*os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido*” e “*os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo*”, entre outros.

Em nenhum dos Códigos, portanto, encontramos qualquer referência à capacidade das pessoas afásicas, que podem apresentar dificuldade para “exprimir sua vontade” sem serem deficientes mentais. De fato, afásicos podem se fazer entender ou dar a entender o que querem, tomar decisões ou opinar de maneira alternativa à fala: usando gestos, realizando movimentos de cabeça, desenhando, escrevendo, *etc.*

Segundo a lei, cabe ao juiz designar um perito com qualificação e experiência com pessoas afásicas porque é o perito quem vai determinar a capacidade ou incapacidade da pessoa: “*Os peritos serão escolhidos entre profissionais de nível universitário devidamente inscritos no órgão de classe competente*”. (Art.145 do Código de Processo Civil – Lei 5869 de 11 de janeiro de 1973 - §1º acrescentado pela Lei 7270, de 10 de dezembro de 1984).

A família ou a parte interessada no processo do afásico deverá ainda, segundo a lei, indicar um assistente técnico para colaborar com a avaliação pericial. O afásico tem a sua linguagem alterada, mas não necessariamente a capacidade de exprimir sua vontade.

### 3.2. O direito ao trabalho e à reabilitação profissional

Em 1999 foi criado um decreto-lei que trata da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto no. 3298 de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei no.7853 de 24 de outubro de 1989) que “*visa assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, etc.*” Embora esses direitos sejam assegurados pela lei, nem sempre a pessoa portadora de deficiência tem acesso a eles. Com o afásico não é diferente.

Nesta parte do livro, discutiremos os direitos das pessoas afásicas face aos problemas mais comuns que elas têm que enfrentar em relação ao trabalho e à reabilitação profissional.

#### 3.2.1. Auxílio–doença e aposentadoria por invalidez

O senhor LM, que freqüenta o Centro de Convivência de Afásicos (CCA) desde 1993, era metalúrgico e trabalhava como torneiro mecânico quando se tornou afásico. Em 1986 sofreu um acidente vascular cerebral que o deixou com uma afasia motora e uma hemiparesia do lado direito do corpo. Como todo empregado, LM contribuía para a Previdência Social, sendo descontado, todo mês, na folha de pagamento. E como todo contribuinte, ele tinha direito a ser atendido gratuitamente em hospitais conveniados ao SUS e em Unidades Básicas de Saúde. Nos primeiros 15 dias de afastamento do trabalho, o salário de LM foi pago pela empresa na qual ele trabalhava.

Como não pôde voltar a trabalhar após os 15 dias, LM passou por um exame médico que é chamado de **perícia**, feito pelo médico perito da Previdência Social que avaliou sua condição de saúde e sua capacidade de voltar ao trabalho. O médico determinou que LM ainda não poderia retomar seu trabalho e, então, ele passou a ter direito a um benefício chamado **auxílio-doença**, pago pela Previdência Social a partir do décimo-sexto dia de afastamento. O valor do auxílio-doença recebido por LM correspondia a 91% do salário de benefício. Durante o período em que recebeu o auxílio-doença, LM passou por várias perícias em intervalos determinados pelo médico perito. A lei garantiria a LM, caso a perícia determinasse que ele teria condições de voltar a ocupar sua antiga atividade ou atividade similar, o direito à reabilitação profissional, tutelado pelo Estado e recebendo o auxílio-doença até que estivesse totalmente reabilitado. Mas LM jamais participou ou foi orientado a participar de programas de reabilitação profissional. É ele quem nos conta o que aconteceu:

**LM:** *Ah, bom. Eu... ..bom ... é ... sempre ... a gente nunca pensava ... que a gente ia ficar assim, né? ... Vontade minha de, de voltar ... ao serviço.*

**EM:** *O que que você fazia?*

**LM:** *A... trabalhava...*

**EF:** *Mecânu. Toneu me...cã...ni...co.*

AT: *Torneiro mecânico?*

LM: *É ... Metaléve.*

AT: *Metalúrgico?*

LM: *Metalúrgico, né? Então um mês, fiquei ... três anos ... afastado ... depois eles esperaram e ... aposentaram.*

EM: *Como é que eles aposentaram? Falaram pra você, fizeram uma consulta...? Como é que, 'cê ficou sabendo que 'cê foi aposentado? Perguntaram pra você, como é que foi isso?*

LM: *A última perícia ... que eu fiz o médico falou .... que eu ia ser ... aposentado.*

EM: *E ele explicou por que?*

LM: *Não... Mas ... é ruim, né? Fazer ... invalidez, né?*

LM foi aposentado por invalidez três anos após ter ficado afásico e sem nunca ter participado de qualquer programa de reabilitação. Foi o médico perito, durante uma das perícias, que determinou que LM estava definitivamente incapacitado para o trabalho e que nenhum tipo de reabilitação lhe daria condições de exercer novamente uma atividade que lhe garantisse a sobrevivência. LM deixou de receber o auxílio-doença e passou a receber a **aposentadoria por invalidez** que equivale a 100% do salário de contribuição. Com a aposentadoria por invalidez, ficou muito mais difícil para LM tentar recuperar seu antigo trabalho como metalúrgico ou mesmo tentar uma nova atividade. Se quiser voltar a trabalhar em qualquer atividade, LM, que é obrigado a passar pela perícia médica do INSS de dois em dois anos, perde o direito ao benefício.

O senhor EF, que frequenta o CCA desde 1990, era advogado e sócio de uma empresa que comercializava *box* de banheiro. Teve um AVC em 1988 e ficou afásico. Como profissional liberal, era contribuinte da Previdência Social, através de pagamento mensal por carnê. Impossibilitado de retornar ao trabalho após 15 dias de afastamento, EF também teve direito ao **auxílio-doença** pago pela Previdência Social após o 16º dia de afastamento. Também como LM, EF não teve acesso ao direito de reabilitação profissional, que é um serviço que o INSS coloca à disposição de seus segurados com o objetivo de proporcionar os meios necessários para a (re)educação e (re)adaptação profissional, de modo que pudesse voltar ao mercado de trabalho. EF tentou trabalhar em diversas atividades após a afasia, em uma floricultura, como massagista (usando seus próprios recursos, fez um curso especializado). Atualmente, não tem nenhuma atividade remunerada e também acabou sendo aposentado por invalidez.

O senhor JB era engenheiro e trabalhava havia apenas três meses em uma empresa como autônomo quando teve o AVC em 1993. Após dois anos do AVC e, depois de estar afastado do trabalho durante esse período, JB ocupou-se temporariamente da colheita de legumes na chácara da família e, finalmente, com a esposa, abriu uma banca de jornal num lugar próximo à sua casa. Apesar de não mais conseguir proporcionar à sua família o mesmo padrão de vida que tinha antes de tornar-se afásico, nunca se aposentou por invalidez.

Todos eles teriam direito, por lei, à reabilitação profissional, com “*atendimento feito por médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas, entre outros*”. No entanto, nenhum deles participou de qualquer programa de reabilitação profissional através do INSS.

Com exceção de JB, que conseguiu abrir seu próprio negócio, a maioria dos afásicos que freqüentam o CCA acaba sendo aposentada por invalidez, mesmo aqueles que teriam possibilidades de se reintegrarem ao mercado de trabalho.

Diante do exposto, é importante que o afásico conheça seus direitos relativos ao trabalho, pois isso pode abrir outros caminhos alternativos que não a aposentadoria por invalidez. Alguns afásicos, porém, acabam por preferir a “segurança” de uma aposentadoria por invalidez do que correr o risco de um fracasso no retorno ao trabalho. Às vezes pode ser muito difícil para o afásico retomar a mesma atividade anterior à afasia como, por exemplo, no caso de CI, que era consultor e dava palestras em empresas antes de se tornar afásico. Às vezes é difícil também encontrar motivação para buscar uma nova atividade, num mercado de trabalho extremamente competitivo e com altas taxas de desemprego. O afásico pode ter medo de não mais corresponder às exigências ou mesmo pode ter medo do preconceito dos empregadores e dos colegas. No entanto, poucas pessoas sabem que o artigo 36 do Decreto-lei 3298/1999 determina que *“a empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência habilitada, na seguinte proporção”*:

- I – até 200 empregados, 2%;*
- II – de 201 a 500 empregados, 3%;*
- III – de 501 a 1000 empregados, 4%; ou*
- IV – mais de 1000 empregados, 5%.*

Não basta existir a lei. É preciso conhecê-la e reivindicá-la como direito. No Brasil existem atualmente cerca de 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência, sendo 9 milhões em idade de trabalhar. Destas, apenas 200 mil trabalham com carteira assinada e com direitos trabalhistas e previdenciários garantidos.

### **3.2.2. A Reabilitação Profissional**

A Reabilitação Profissional é um benefício garantido aos segurados do INSS, incluindo os aposentados e os dependentes. Tem como objetivo proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados (parcial ou totalmente), os meios indicados para a (re)educação e (re)adaptação profissional e social, para que possam voltar a participar do mercado de trabalho. Pela lei, a Reabilitação Profissional inclui o atendimento feito por uma equipe multidisciplinar com médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Se o afásico não for segurado do INSS, pode solicitar sua integração no sistema previdenciário através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e passar a ter os mesmos direitos do contribuinte do INSS. Isto porque o artigo 30 do Decreto-lei no.3298/1999 garante *“a todas as pessoas portadoras de deficiência, beneficiárias ou não do Regime Geral da Previdência Social, o direito à reabilitação profissional para capacitar-se a obter trabalho, conservá-lo e progredir profissionalmente”*.

O artigo 17 do mesmo Decreto-lei de 1999 determina que toda a pessoa que apresenta deficiência, qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade, tem direito ao processo de reabilitação e, através dele, *“reingressar no mercado de trabalho e participar da vida comunitária”*. A lei considera reabilitação o *“processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência*

*alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais”.*

A lei prevê, ainda, a criação de rede de serviços voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho. A lei também determina a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e a garantia de tratamento adequado. São consideradas partes integrantes do processo de reabilitação:

- Os equipamentos e elementos necessários à terapia e reabilitação.
- O provimento de medicamentos.
- As adaptações ambientais e outras que garantam o acesso, a melhoria funcional e a autonomia pessoal.
- O tratamento e a orientação psicológica que são simultâneos aos demais tratamentos funcionais (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional).

Embora esses direitos estejam previstos (e descritos) na lei, a estrutura e a cobertura desses serviços de reabilitação profissional ainda são muito limitadas. No Brasil todo existe cerca de 30 centros de reabilitação apenas. As unidades menores e mais regionais – os núcleos de reabilitação profissional – também são poucas. Segundo Pastore, autor do livro *“Oportunidades de Trabalho para Portadores de Deficiência”*, 90% das cidades brasileiras não possuem nenhum serviço de reabilitação, e os profissionais (nem todos adequadamente treinados) para cuidar de todo o Brasil são menos de 2500. O atendimento mal ultrapassa a casa dos 50 mil portadores de deficiência. É por isso que a maioria dos necessitados acaba sendo aposentada por invalidez, com poucas chances de participar de um programa de reabilitação profissional e de se reintegrar ao mundo do trabalho.

#### **4. ORIENTAÇÕES BÁSICAS AOS FAMILIARES E AMIGOS**

Se considerarmos o papel privilegiado que a linguagem tem em nossa sociedade, bem como a sua importância na constituição da identidade do ser humano, poderemos imaginar o estigma que deve representar, para um indivíduo, a perda que a afasia acarreta no exercício da linguagem. É como se *todo* o sujeito fosse limitado pela afasia, e não apenas (aspectos de) sua capacidade de compreender ou de se expressar: o afásico vê desaparecer boa parte daquilo que lhe dá importância ou prestígio, vê sua renda e posição social diminuírem consideravelmente e, com frequência, fica impossibilitado de exercer, como fazia anteriormente, seus papéis familiares e sociais.

Até conseguir um novo equilíbrio, tanto em relação ao aspecto psicológico quanto ao social, o afásico atravessa etapas difíceis, caracterizadas por atitudes e comportamentos (como depressão, ansiedade, hipersensibilidade à frustração) que contribuem para o surgimento de um estado de fragilidade emocional.

Sem dúvida, a primeira recomendação que poderia ser feita aos familiares e amigos do afásico indica a essencial importância da empatia, do respeito e da solidariedade

com que podemos conduzir nossas interações com ele. Isso se traduz em inúmeros gestos que vão desde o estímulo à continuidade de suas atividades cotidianas sempre que isso for possível, até a paciência e o interesse em relação às novas formas que ele apresenta para falar e se comunicar. Também é fundamental a atenção com relação à preservação de seus direitos de cidadão (de seguir um tratamento terapêutico; de buscar formas alternativas para se comunicar quando for o caso; de ser informado sobre suas condições legais, previdenciárias e trabalhistas, *etc.*).

É importante salientar que é comum que o humor da pessoa afásica fique instável e não raras vezes seja acompanhado de agressividade e irritação diante das dificuldades encontradas para se comunicar. Isso de fato pode ocorrer, especialmente em relação às atividades que realizava sozinho antes do episódio neurológico, como se vestir, alimentar-se, fazer higiene pessoal, administrar suas finanças, ir ao banco ou ao supermercado. Nesses momentos, a família deve encorajar o afásico a superar tais dificuldades e ajudá-lo a criar novas maneiras de realizar as atividades cotidianas, mostrando-se cooperativo.

Com relação à comunicação, os familiares e amigos poderão ajudar o afásico respeitando as formas alternativas de comunicação escolhidas por ele, incentivando as produções lingüísticas orais, escritas ou gestuais, mesmo que de forma diferente à esperada, buscando dar uma interpretação para aquilo que o afásico deseja expressar, utilizando contextos da situação para compreendê-lo. Nem sempre o falar “errado”, “estranho” e “diferente” significa que o afásico não esteja compreendendo o que lhe está sendo dito e nem mesmo que apresente alteração na audição. Evitar a comunicação com o afásico por achar que não poderá ser compreendido por ele ou que ele não compreende o que é dito é, sem dúvida, uma das maiores frustrações que a afasia pode implicar.

### **Últimas considerações práticas**

Finalizamos este item dedicado à orientação de familiares e amigos com recomendações simples que vêm basicamente do bom senso e da ética das relações humanas: que o início do tratamento terapêutico não seja retardado desnecessariamente; que se procure estabelecer atitudes positivas em relação ao afásico e suas dificuldades expressivas e emocionais; que se demonstre interesse em relação ao que ele relata ou comenta; que se evite falar sobre ele em sua presença, como se ele estivesse ausente; que se estimule a independência física e respeite suas opiniões e formas de expressão, estimulando sua adesão ao processo terapêutico e mantendo-o sempre que possível informado sobre seu estado de saúde; que se evite falar em seu lugar ou adivinhar o que o afásico quer dizer sempre que ele se mostrar hesitante ou vagaroso na tomada da palavra; que se estimule a manutenção de hábitos sociais anteriores, impedindo o isolamento e a diminuição da autoconfiança; que se procure ajuda de um profissional especializado sempre que necessário. Enfim, que o afásico possa perceber nitidamente nas ações e nos gestos de seus interlocutores que merece respeito e consideração, como todo ser humano.

## 5. BREVE HISTÓRICO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE AFÁSICOS (CCA)

Foi procurando enfrentar o isolamento social e proporcionar aos afásicos situações de uso da linguagem e demais rotinas significativas da vida em sociedade que criamos, em uma ação conjunta do Departamento de Lingüística e o de Neurologia, ambos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o Centro de Convivência de Afásicos (CCA), em 1989. O CCA, que fica no Instituto de Estudos da Linguagem, é um espaço de interação entre pessoas afásicas e não afásicas (professores, pesquisadores, familiares, terapeutas). As pessoas afásicas que freqüentam, o CCA, vale assinalar, são pacientes do Hospital de Clínicas da Unicamp. Recebem todo tipo de assistência clínica considerados necessários (consultas e acompanhamentos médicos e terapêuticos).

Em função das preocupações apontadas até aqui, o CCA constitui-se em uma alternativa institucional que busca integrar os afásicos no grupo social em que vivem - seja a família, seja o próprio CCA, ou a sociedade de maneira geral - assegurando de maneira mais concreta a inclusão social dessas pessoas.

Em reuniões semanais, nas quais diversas atividades com linguagem verbal e não verbal são propostas e realizadas, os sujeitos que freqüentam o CCA se colocam frente às diversas responsabilidades e urgências que as afasias convocam e determinam: a divulgação das afasias e seus efeitos; a identificação das responsabilidades sociais que elas convocam; a busca de alternativas terapêuticas mais engajadas em termos ético-discursivos, voltadas aos problemas que os afásicos enfrentam cotidianamente; o encorajamento de ações coletivas voltadas para o enfrentamento das seqüelas neurológicas e a defesa dos direitos das pessoas cérebro-lesadas, *etc.* Isso porque no Brasil o direito do cidadão é constantemente ameaçado e porque o estigma em torno da afasia não costuma ser leve nem sutil. Pelo contrário, o estigma imputa ao sujeito afásico e aos seus familiares uma dolorosa e equivocada sensação de que a afasia implica necessariamente uma contração da vida.

### Funcionamento do CCA

As atividades do CCA estão sob a responsabilidade das Profas. Dras. Maria Irma Hadler Coudry e Edwiges Maria Morato, sendo o Prof. Dr. Benito Pereira Damasceno o responsável pela condução do acompanhamento neurológico/neuropsicológico das pessoas afásicas que freqüentam o Centro. Estas também são acompanhadas semanalmente por profissionais de Fisioterapia e de Fonoaudiologia do Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas.

Nos dois grupos que constituem atualmente o CCA, cuja configuração é heterogênea em vários aspectos, se desenvolvem três frentes de trabalho articuladas teórico-metodologicamente entre si através de três Programas. São eles os Programas de Linguagem, de Expressão Teatral e de Educação Física.

### Breve descrição das atividades desenvolvidas no CCA: os Programas de Linguagem, de Expressão Teatral e de Educação Física

No Programa de Linguagem, cujas atividades têm sido coordenadas por Edwiges Maria Morato (Grupo I) e Maria Irma Hadler Coudry (Grupo II), procuramos explorar aqueles aspectos que constituem o funcionamento da linguagem em suas diferentes

configurações (diálogos, comentários, narrativas, leituras, *etc.*), seus mecanismos de constituição e valor social. Entre essas atividades podemos apontar a discussão em grupo sobre temas diversos, relativos ao que acontece no Brasil e no mundo, a promoção comum de palestras (sobre a crise do trabalho ou os medicamentos genéricos, por exemplo), a visita a museus e exposições, a compartilhagem de eventos pessoais. Em termos práticos, isso faz com que nos voltemos para variadas formas de (re)tomada dos usos da linguagem pelos sujeitos afásicos, sua capacidade pragmática de reconhecer seus interlocutores e suas propostas discursivas, suas possibilidades de inserção em diferentes práticas discursivas.

O Programa de Educação Física no CCA, desenvolvido desde 1998 sob a coordenação de Flávia Faissal de Souza, tem como foco central as questões referentes ao corpo e ao movimento humano, visando por meio da interação entre os participantes, a discussão e a reflexão sobre as possibilidades de atuação corporal/social das pessoas afásicas, bem como a apropriação da cultura corporal. As atividades desenvolvidas englobam caminhadas, dança, visitas a bibliotecas, exposições de arte, almoços comunitários, jogos, *etc.*

O Programa de Expressão Teatral tem sido desenvolvido já há alguns anos com o Grupo I, e suas atividades têm sido coordenadas por José Amâncio Tonezzi Pereira. Seus objetivos são o favorecimento e o reconhecimento da reorganização expressiva da pessoa cérebro-lesada, através de um constante exercício de representação e reflexão sobre as atividades e atitudes cotidianas, sendo este o principal eixo do trabalho. Após o reconhecimento do grupo e das características individuais dos participantes, adotou-se uma estrutura que divide as sessões em, basicamente, três partes: instalação da proposta de trabalho, articulação/projeção vocal e exercícios de criatividade e improvisação, como os jogos teatrais.

### **Como se dão na prática as reuniões do CCA?**

Nós nos encontramos semanalmente, durante quase toda a manhã. Integramos esse grupo pessoas afásicas e não-afásicas (pesquisadores envolvidos com o estudo das afasias e responsáveis pelos Programas de Linguagem, Expressão Teatral e Educação Física). Eventualmente, há na constituição dessa comunidade heterogênea sob vários aspectos familiares e amigos das pessoas afásicas, além de convidados especiais que às vezes freqüentam a reunião (para proferir palestra sobre um tema específico, por exemplo). Nesse tempo nos dedicamos a dois tipos de atividades que interagem metodologicamente entre si: um trabalho de expressão teatral, cujo escopo é desenvolver essencialmente um conjunto de práticas voltadas para não-atores, e um trabalho voltado para atividades com linguagem, que consiste na evocação de várias práticas lingüísticas cotidianas.

Tomemos como exemplo as atividades desenvolvidas atualmente no Grupo I. Com o trabalho de Expressão Teatral iniciamos hoje em dia nossas reuniões, e elas levam em média 50 minutos. As atividades corporais ou exercícios perceptivos ou de relaxamento, bem como as de dramatização e de criação dramática (como o enredo e a encenação de pequenas cenas ou narrativas, tal como a encenação de tradições orais ou de uma novela radiofônica) se dão não em função dos limites que as seqüelas de lesões cerebrais imputam aos afásicos, mas na presença delas, no enfrentamento e na superação criativa desses.

Em seguida, o grupo faz uma pausa de mais ou menos 20 minutos, algo que integra nosso método de trabalho, que consiste em evocar as rotinas significativas da vida em sociedade: preparamos nosso café, compartilhando as cenas que caracterizam esse tipo

de prática social: as atividades lingüísticas cotidianas, de onde vão surgindo traços de fortalecimento interpessoal, de autoconfiança, de afinidades eletivas entre os membros do grupo, de consolidação de um conhecimento partilhado (portanto, de uma memória comum, tipicamente social e comunitária), *etc.*

No terceiro momento de nossa reunião semanal, que dura também cerca de 50 minutos, dedicamo-nos ao trabalho de convívio estabelecido pelos diferentes modos de existência da linguagem e diferentes configurações textuais que os caracterizam: relatos, diálogos, comentários, leituras de algo a ser compartilhado, recontagem, explicações, *etc.*

### **CCA: uma história de comunidade que se constrói constantemente**

Temos considerado que o CCA é uma “comunidade em permanente construção”. Se o CCA pode ser entendido como uma comunidade em permanente construção, que tipo de história de comunidade seria a que se constrói no CCA? Não poderíamos falar em uma “única” comunidade, ou em uma comunidade homogênea, afinal, os sujeitos participam de várias comunidades: a da espécie humana, a de membros de uma certa região, a que se inscreve em determinados grupos sociais, culturais, lingüísticos, profissionais, etários, *etc.* Além disso, cada uma dessas maneiras de ser comunidade é heterogênea em si mesma.

A indagação sobre a relevância do CCA para os afásicos e seus familiares, bem como sobre seu estatuto enquanto grupo tem de forma regular ocupado nossas reflexões. Para alguns integrantes, o Centro é um grupo de amigos, para outros, uma escola em que se reaprende coisas (como falar e conviver, por exemplo), para tantos outros é uma grupoterapia.

Seria o CCA seria uma grupoterapia, uma associação de pessoas afásicas e não afásicas, uma versão menos marcada do ambulatório hospitalar? Desde o início, afastávamo-nos do caráter das grupoterapias tradicionais, que estão voltadas diretamente para a recuperação de determinadas habilidades lingüísticas e cognitivas, fundamentando-se numa relação basicamente assimétrica entre terapeutas e pacientes e numa expectativa apenas compensatória das dificuldades que eles apresentam.

Se a evocação de diferentes práticas sociais e comunicacionais tem a ver com a possibilidade de recuperação de processos lingüístico-cognitivos perturbados nas afasias, elas permitem que o CCA atue “terapeuticamente” na *“restituição de papéis sociais, na partilha de um espaço simbólico, no fortalecimento de quadros interativos, na recomposição da subjetividade, na caracterização do CCA como uma espécie de microcosmo social. Dessa forma, o CCA não deixa de ser terapêutico no sentido em que as relações humanas podem ter um efeito terapêutico; ou no sentido em que o reconhecimento dos rituais sociais (a empatia, a amizade, a ação conjunta, a reflexão) podem ser terapêuticos”* (Cf. Morato, 1999).

Apenas para ilustrar este item, vejamos abaixo o significado do CCA para NS, integrante afásica do Centro:

**NS:** (após comentar que mesmo as pessoas com quem convive diariamente conversam com ela “só um pouquinho”) *Sabe por que, não sabe? Eu num falo, sabe...Sabe por quê? A fala num deixa.(...)” Eu quero conversá, eu quero conversá, por que você num escuta?” Né, aí ele falou: “Ah, que foi, que foi?”. Depois, (...) ele tá assistindo também...Depois: “Ah, vou durmi, vou, durmi”.*

FC - *E aqui no CCA, você acha que conversa?*

**NS:** *AQUI? Nossa Senhora! Aqui? Lá em casa eu sei...sozinha (...). Luana: "Nadir, tal, Nadir tal, tal", conversando, errado, certo...Eu converso, né!*

## 6. UM POUCO SOBRE A NEUROLINGÜÍSTICA

Precedida por estudos realizados há (pelo menos!) 200 anos, a Neurolingüística firmou-se no século XX como domínio científico que estuda as relações entre o cérebro e a linguagem.

A fim de fornecer aos interessados informações breves e gerais a respeito da Neurolingüística, tomemos uma passagem de um texto que procura definir seus principais interesses teóricos e metodológicos:

*“Parece óbvio, levando em conta o hibridismo da palavra, que Neurolingüística diga respeito às relações entre linguagem, cérebro e cognição, e que acione especialmente dois campos do conhecimento humano para explicá-las, as Neurociências e a Lingüística. Isso realmente seria um truísmo se nós não tivéssemos ainda tantos problemas para dar conta dos complexos processos (biológicos, lingüísticos, socioculturais, afetivos, etc.) que constituem essas relações. Assim, tem cabido à Neurolingüística descrevê-las e analisá-las a partir de uma perspectiva interpretativa que destaca os processos afeitos à linguagem e seu funcionamento.*

*A seguir elencamos, em linhas gerais, o que tem caracterizado o campo de interesses da Neurolingüística, esse domínio da Lingüística que apresenta uma forte vocação interdisciplinar:*

- 1. estudo do processamento normal e patológico da linguagem a partir de construtos e modelos elaborados no campo da Lingüística, da Neuropsicologia, da Psicolingüística, da Psicologia Cognitiva. A este item vincula-se ainda o interesse por temas neurolingüísticos tradicionais como neuro-psicofisiologia da linguagem, semiologia das chamadas patologias de linguagem, etc.;*
- 2. estudo da repercussão dos estados patológicos no funcionamento da linguagem, bem como das relações entre o normal e o patológico nas práticas lingüístico-discursivas;*
- 3. estudo de processos de significação (verbal e não verbal) levados em conta por sujeitos com afasia, demência, surdez, etc.;*
- 4. discussão de aspectos teóricos-metodológicos relacionados aos procedimentos avaliativos e condutas terapêuticas destinadas ao contexto das patologias de linguagem;*
- 5. estudo dos processos que inscrevem linguagem e cognição num quadro relacional.”*

(Extraído de “Neurolingüística”, de Edwiges Morato, capítulo do livro “Introdução à Lingüística: Domínios e fronteiras”, organizado por Fernanda Mussalim & Anna Christina Bentes e publicado pela Editora Cortez em 2001)

*J*

## BIBLIOGRAFIA BÁSICA RECOMENDADA

- CARDOSO PIRES, J. (1999). *De profundis, Valsa Lenta*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL – Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. Editora Saraiva. 26ª edição, 1996. São Paulo.
- COUDRY, M.I. (1988). *Diário de Narciso – Discurso e Afasia*. São Paulo: Martins Fontes.
- DAMASCENO, B.P. (1990). Neuropsicologia da atividade discursiva e seus distúrbios. *Cadernos de Estudos Lingüísticos* **19**:147-157.
- KOIZUMI, M.S.; LEBRAO, M.L.; MELLO, M.P.; PRIMERANO, V. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no Município de São Paulo, 1997. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.**58** (1). São Paulo. Mar.2000.
- MACIEL JR., J. A. (1991). *Como enfrentar o derrame cerebral*. Campinas: Ed. da Unicamp.
- MORATO, E.M. (1999). Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um Centro de Convivência de Afásicos. *Distúrbios de comunicação* **10**:5-15.
- \_\_\_\_\_ (2000). As afasias entre o normal e o patológico: da questão neurolingüística à questão social. *Direito à fala – a questão do preconceito lingüístico*. Florianópolis: Insular.
- \_\_\_\_\_. (2001). Neurolingüística. *Introdução à Lingüística – Domínios e fronteiras* (orgas. Mussalim, F. & Bentes, AC). São Paulo: Cortez.
- NOVO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO (Lei 10406, de 10 de janeiro de 2002), Estudo comparativo com o Código Civil de 1916, prefácio do Professor Miguel Reale. Editora Revista dos Tribunais, obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais com a coordenação de Giselle de Melo Braga Tapai – São Paulo – 2002.
- PASTORE, J. (2001). *Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência*. São Paulo: Editora LTR.
- PONZIO, J.; Lafond, D.; Degiovani, R.; Joannette, Y.; Tubero, AL.; Hori, C.N. (1995). *O afásico – Convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Maltese.
- SACKS, O. (1995). *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras.
- \_\_\_\_\_ (1992). *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SANTANA, A.P. (2002). *Escrita e Afasia – A linguagem escrita na Afasiologia*. São Paulo: Plexus.
- TUBERO, A.L. e cols. (2002) *Disfagia: O que é? Guia de informação e orientação sobre os distúrbios da deglutição*. São Paulo (no prelo).

**ALGUNS SITES INTERESSANTES:**

- **Previdência Social:** [www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br) (Telefone da Previdência Social: PREVFone 0800 780191)

- **CONADE** – Conselho nacional dos direitos da pessoa portadora de deficiência: <http://www.mj.gov.br/conade/conade2.htm>

- **CORDE** – Coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência: <http://mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/corde.htm>

- **CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE AFÁSICOS (CCA):**  
<http://www.unicamp.br/iel/labonecca>

**- ALGUMAS ASSOCIAÇÕES ESTRANGEIRAS DE AFÁSICOS OU SOBRE AS AFASIAS:**

<http://www.anafasicos.rcts.pt/> (Associação Nacional de Afásicos – Portugal)

<http://www.fundafasia.org/archivos/> (Argentina)

<http://www.aphasie.qc.ca> (Canadá)

<http://gaif.cjb.net> (Groupe des Aphasiques d'Ile de France - França)

<http://www.aphasia.org> (NAA - National Aphasia Association - EUA)

<http://www.Aphasiaforum.com> (L'Associazione Italiana Afasici AITA – ONLUS Sezione Ligure - Itália)

<http://aphasiacenter.org> (Aphasia Center of California Website – EUA)