

# Aplicabilidade do método fono-visuo-articulatório em paciente pós-avc: estudo de caso\*

## *Applicability of the phonic-visual-articulatory method in a patient post stroke: case study*

Mara Adriana Pereira<sup>1</sup>  
Maria Inês Dornelles da Costa-Ferreira<sup>2</sup>  
Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso<sup>3</sup>

### Resumo

O impacto de uma deficiência causada por uma lesão cerebral proveniente de um quadro de pós-acidente vascular cerebral (pós-AVC) ou de outros acometimentos neurogênicos engloba as dificuldades na comunicação e, conseqüentemente, na sua interação social. Esse relato de caso clínico tem como objetivo explorar os resultados clínicos de um sujeito acometido por sequelas pós-AVC e com diagnóstico de Afasia e Apraxia Verbal, a partir de uma proposta de terapia fonoaudiológica baseada em um método multimodal. Com a utilização da técnica multissensorial, fono-vísuo-articulatória, denominado como “Método das Boquinhos”. O sujeito deste estudo alcançou a produção oral e escrita de vocábulos simples e cotidianos, generalizando a utilização dos fonemas e grafemas apresentados, e diminuindo o uso de estereotipia. Considerando-se que o seu quadro clínico tem prognóstico de difícil reabilitação, podemos inferir que o sujeito apresentou resultados satisfatórios em sua reabilitação, como também se manteve confiante em relação à continuidade da manutenção da fonoterapia.

**Palavras-chave:** Afasia. Afasia de Broca. Comunicação. Fonoterapia. Apraxia.

### Abstract

The impact of disabilities caused by a brain injury from a stroke or other neurogenic diseases, includes different difficulties in communication, and consequently in their social interaction. This case report aims to explore the clinical results of a patient affected by a stroke and with diagnosis of aphasia and Apraxia of Speech, from a speech therapy proposition, based on a multimodal method. With the use of the multisensory technique, phonetic-visual-articulatory, known as “Método das Boquinhos”, the patient of this study reached the capacity to speak and write simple and every day words, generalizing the use of the phonemes and the graphemes presented and reducing the use of stereotype. Considering the patient’s clinical case has hard rehabilitation prognosis, we can conclude, that the patient showed satisfying results in his rehabilitation, but keeps confident in the continuity of the speech therapy.

**Keywords:** Aphasia. Aphasia, Broca. Communication. Speech Therapy. Verbal Apraxia.

\* Recebido em: 03/04/2016.  
Aprovado em: 06/10/2017.

<sup>1</sup> Centro Universitário Metodista do IPA – E-mail: adrinhap@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – E-mail: costa.ferreira@terra.com.br.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – E-mail: mcardoso@via-rs.net.

## 1 Introdução

A linguagem é uma função complexa resultante da ação coordenada das redes neuronais corticais e subcorticais (TIRAPU-USTÁRROZ et al., 2011).

A afasia é um transtorno de linguagem, cujos quadros afásicos são diagnosticados por diferentes métodos de avaliação e classificação em diferentes momentos do evento neurológico, associados ao alto grau de morbidade e mortalidade (FREITAS, 2012).

O sujeito afásico não somente terá redução ou perturbação no conteúdo, na forma e no uso da linguagem, mas em vários aspectos da sua expressão, compreensão ou ambas, entre outras, que afetarão sua vida social, profissional, emocional e pessoal, uma vez que o impacto dessa incapacitação acarretará dificuldade na sua comunicação e, conseqüentemente, de sua interação social (ORTIZ, 2005a; SILVA; CINTRA, 2010).

É importante, durante a avaliação fonoaudiológica, ater-se às manifestações do sujeito afásico, uma vez que sua comunicação estará restrita ao uso das palavras e frases, e as tentativas e/ou elaboração do discurso auxiliarão na revelação das alterações de linguagem.

O AVC é tido como a principal causa de incapacidade em longo prazo entre adultos e a afasia é considerada como a deficiência mais comum e de maior comprometimento da doença vascular que, na sua maioria, ocorre no hemisfério esquerdo, em regiões perisylvianas, corticais e subcorticais, assim como regiões corticais em hemisfério direito (ORTIZ, 2005b; KANG et al., 2010).

As sequelas pós-AVC não se limitam ao quadro de Afasia. Em geral, os sujeitos acometidos apresentam sequelas motoras, que os limitam quanto a sua mobilidade e independência, assim como podem apresentar quadros de disfagia (transtorno na deglutição), disartrias (transtorno motor na produção da fala), e/ou apraxia (transtorno do planejamento motor e da programação articulatória que interfere na sequência dos fones quando da formação dos vocábulos) (ANDRÉ, 2006; TRUPE et al., 2013).

A apraxia da fala ou verbal é frequente em síndromes pós-AVC (WEST et al., 2008; TABAKI et al., 2010; DUFFY, 2013), sendo referida em mais de 90% dos casos de associação da apraxia com algum grau de comprometimento da Afasia de Broca (DUFFY, 2013). Os casos crônicos de apraxia da fala são associados aos comprometimentos de extensas áreas de lesão que incluem a in-

sula ou em lesões da área de Broca (OGAR et al., 2005; BALLARD; TOURVILLE; ROBIN, 2014). É considerada como um distúrbio de comunicação em que ocorre uma incapacitação na programação dos movimentos musculares, para a execução da produção e sequência dos fonemas nos vocábulos (SOUZA; PAYÃO, 2008; ORTIZ, 2009; TRUPE et al., 2013).

A Afasia de Broca é o transtorno de linguagem decorrente de uma lesão que se localiza no opérculo frontal, afetando a área de Broca, a insula, substância branca e os núcleos da base. Trata-se de um transtorno de linguagem classificado como uma desordem não fluente, cujos déficits são encontrados na competência articulatória, redução de vocabulário, de gramática e de sintaxe, mesmo em suas formas mais simplificadas. A escrita, também, se manifesta de forma alterada e encontra-se que tais desordens possibilitam o emprego de método fonoterapêutico multissensorial, no qual se combina a estimulação visual e auditiva na ativação da linguagem (LIMONGI, 2005; ORTIZ, 2005a).

Os quadros clínicos da Afasia de Broca, associados à Apraxia da fala, são descritos na literatura em lesões posteriores à área de Broca e adjacências (BALLARD; TOURVILLE; ROBIN, 2014). A gama de manifestações linguísticas que um quadro de afasia acarreta, aliadas à presença ou não dos transtornos motores para a produção ou sequencialização dos fones nos vocábulos, afeta a expressão oral dos sujeitos pós-AVC, assim como sua comunicação.

A terapia fonoaudiológica para as afasias objetiva a recuperação da comunicação do sujeito, levando-o a readquirir o máximo de linguagem que seu acometimento neurogênico permita (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 1992).

A efetividade da intervenção terapêutica para com a Apraxia da Fala é questionada embora se tenha claro a necessidade da continuidade do tratamento (WEST et al., 2008). Com isso, tem-se que o predomínio da terapia deva ser centralizado na desordem da articulação, com ênfase na organização e no planejamento dos gestos articulatorios (ORTIZ, 2009). A fonoterapia direcionada aos quadros de apraxia se refere aos distúrbios de fala e linguagem, cuja evolução do quadro poderá variar de acordo com o grau de gravidade de cada sujeito acometido e, comumente, possui intervenção longa e laboriosa e com prognóstico ruim (ORTIZ, 2009).

Este estudo tem como objetivo analisar os resulta-

dos clínicos de um sujeito acometido por um AVC e diagnóstico de Afasia de Broca associado à Apraxia da fala, a partir de uma proposta fonoterapêutica baseada em um método multimodal.

## 2 Apresentação do Caso

Para a realização do estudo, o sujeito pesquisado foi esclarecido sobre a proposta terapêutica, assim como sua família, concordando em participar e assinando o termo de consentimento esclarecido – TCLE, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário, sob o protocolo número 31/2012.

Trata-se de um sujeito de 47 anos, Sr. U., destro, acometido por AVC hemorrágico à esquerda, subcortical, com um quadro diagnóstico neurológico de Afasia de Broca. Esse é o que consta no seu prontuário clínico e foi diagnosticado por médico neurologista, por meio dos exames de imagem de tomografia computadorizada e clínico, em outubro/2007, característico da síndrome da afasia de Broca (SOUZA; PAYÃO, 2008). O início da fonoterapia se deu em setembro de 2008, em que o seu comprometimento verbal se manifestava na sua oralidade, com presença de estereotipia única, sendo nula a sua escrita.

Por meio da análise de prontuário, tem-se que, entre 2008 e dezembro/2009, o Sr. U. foi submetido ao método de “treinamento articulatório” de produção de vocábulos com o uso de pistas visuais, resultando na denominação reduzida de fonemas plosivos, sem generalização. Na reavaliação fonoaudiológica, em abril/2010, constatou-se dificuldade na compreensão oral e escrita, perda da capacidade de escrever (utilizando desenhos para representar objetos) e da habilidade na expressão oral com uso da estereotipia “seu, seu”. Nessa mesma época, ao seu quadro clínico de Afasia de Broca predominantemente expressiva, foi associado o diagnóstico de Apraxia Verbal, a partir de exames de imagem (ressonância magnética) atualizados na época, sem dados de novos eventos vasculares. A fonoterapia focou-se, então, na formulação da escrita, a partir da utilização do alfabeto com pistas visuais, auditivas e táteis, resultando na escrita dos nomes próprios da esposa, filhas e o seu; e da verbalização vocábulos simples cotidianos: “oi”, “tchau”, “sim” e “não”.

Entre o segundo semestre de 2010 e o ano de 2011, foi mantida a mesma proposta fonoterapêutica e introduzido o método da “terapia de entonação melódica – TEM”. Ao final desse período, os registros clínicos infor-

mam que o sujeito em questão não passou da fase inicial desse método fonoterapêutico.

Ao final desses três anos iniciais de fonoterapia, observava-se a formulação de sílabas com vogais – por solicitação, produção oral de vocábulos de cumprimento e o nome das pessoas familiares (“oi”, “bom”, “dia”, “tchau”, “Lo”, “luva”, “Lia”, “lua”, “Mara”, “mala”, “Uderico”, “Bom dia”, “Boa tarde”, “Boa noite”, “sim” e “não”), vogais e escrita de algumas palavras com a estrutura de consoante-vogal-consoante-vogal – CVCV.

Em 2012 iniciou-se a fonoterapia com uma nova proposta terapêutica, introduzindo-se o “Método das Boquinhas” – MB (JARDINI, 2003), como técnica para o estabelecimento da relação entre a fala e a escrita, devido às suas características de suporte fonatório, visual e articulatório, conjecturando-se a possibilidade do favorecimento da visualização, integração auditiva e sequencialização dos fonemas/grafemas para com o quadro clínico do sujeito. Esse método é pouco explorado na literatura e não se encontram relatos do seu uso para com portadores de sequelas pós-AVC.

As sessões fonoterapêuticas ocorreram nas dependências da Clínica Integrada do IPA – Clínica de Fonoaudiologia, semanalmente e com a duração de quarenta e cinco minutos. Durante as sessões, os fonemas foram apresentados com seus “articulemas” correspondentes, ou seja, integrando as pistas auditivas e visuais, conforme indica o MB.

A sequência sugerida no MB (JARDINI, 2003) é da apresentação inicial das cinco vogais, oferecidas, concomitantemente, o fonema, o grafema e o articulema. Após o domínio das vogais, foram sequencialmente apresentadas as consoantes que formariam sílabas, classificadas como simples, ou seja, com a estrutura consoante-vogal (CV).

Cada consoante apresentada foi fixada a sua “família” silábica, uma de cada vez, introduzindo a próxima somente após o domínio da anterior. A sequência indicada no MB é: L, T, P, F, M e/ou N.

O método recomenda a introdução das consoantes opostas, sonoras, ordenadas posteriormente, ou seja: D, V, B; e, após, o CA, CO, CU, QUE, QUI, o R – na posição onset inicial e o CH. Segue-se com a apresentação do r – em posição onset medial e, introduz-se os fonemas/grafemas com r, s, n, m e l – em posição pós-vogal ou em coda. Finalmente, apresentam-se os dígrafos: ss, rr, nh e lh e, por último, os encontros consonantais com r e l.

Essa sequência é justificada, pela autora, devido à posição articulatória, partindo de um grau de complexidade de menor para maior (JARDINI, 2003).

No período de março a outubro de 2012, o sujeito deste estudo compareceu a 24 sessões fonoterapêuticas. Seis sessões foram utilizadas para a sua avaliação inicial e final, por meio dos testes e diagnóstico em Afasia: Token Test (RENZI; FAGLIONI, 1978); Protocolo Beta (NES-POULOUS et al., 1986); e Protocolo de Apraxia da Fala (MARTINS; ORTIZ, 2009).

Nesses testes, o sujeito pesquisado apresentou o

seguinte resultado: Token Test com 11 pontos, caracterizando a sua linguagem com um comprometimento severo; Protocolo Beta, cujos percentuais são de expressão oral sem resposta, compreensão em 66,66% e 33% para as praxias buco-facial — gestos sob ordem verbal e sob imitação, assinalando para dificuldades de compreensão e expressão verbal; e, no protocolo de Apraxia da Fala, apresentou ausências de respostas.

O diagnóstico fonoaudiológico para o caso foi de Afasia de Broca associado à Apraxia da Fala. Os dados pontuados encontram-se expostos na tabela 1.

**Tabela 1** – Resultados comparativos entre os testes de linguagem aplicados juntamente ao sujeito do estudo

Testes	Número de Respostas		Resultados	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Protocolo Beta	0% recitação 66,66% compreensão oral 0% repetição 0% compreensão escrita 0% denominação 33,33% Praxias buco-facial gestos sob ordem verbal e sob imitação 0% cópia 0% leitura 0% narração	33,33% recitação 83,33% compreensão oral 21,21% repetição 0% compreensão escrita 0% denominação 50% Praxias buco-facial gestos sob ordem verbal e sob imitação  100% cópia 0% leitura 0% narração	Afasia emissiva – BROCA	Afasia emissiva – BROCA
Token Test reduzido	11 acertos	19 acertos	Comprometimento severo	Comprometimento moderado
Protocolo de apraxia	Sem respostas para as provas de apraxia verbal e não verbal;	Respostas 7 corretas e sem hesitação para as provas de apraxia não verbal;	Apresentou dificuldades e falta de resposta aos comandos, caracterizando um quadro de apraxia verbal e não verbal.	Embora tenha apresentado respostas corretas e imediatas, sem hesitação, para os comandos, permaneceu com quadro de apraxia verbal e não verbal.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir desse diagnóstico, iniciou-se a aplicação do MB nas sessões fonoterapêuticas, com a apresentação das vogais. Estas foram oferecidas, concomitantemente, à articulação — o fonema, o traçado gráfico —, o grafema e a imagem visual — o articulema correspondente.

Com a identificação das vogais isoladamente, formaram-se sílabas com a estrutura vogal-vogal (VV), que foram apresentadas, em primeiro momento, por meio, somente, dos grafemas, as quais o sujeito ordenava a sequência com os articulemas, ou vice-versa, os articulemas com a ordenação dos grafemas, que ele realizava a leitura ou a produção oral. Com a sua incorporação, foi apresentado o fonema /l/ associado às vogais como em “família” silábica e, a formação de palavras simples composta pela estrutura consoante-vogal-vogal (CVV), com

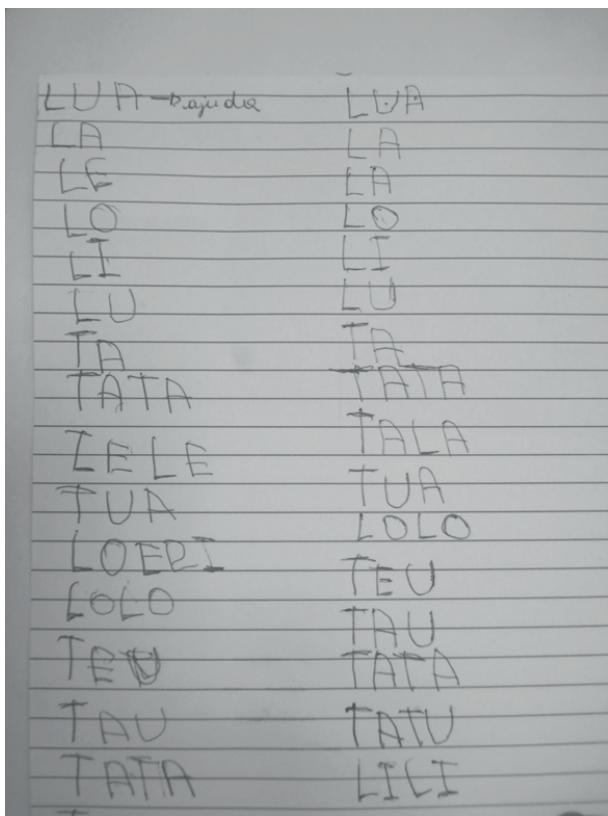
ou sem repetição de sílabas. Posteriormente, introduziram-se palavras com a composição CVCV.

Subsequentemente, foram inseridas as palavras que não representam dificuldades ortográficas. As palavras inseridas na terapia foram do seu cotidiano, reforçando as produções anteriormente alcançadas na escrita, como: dos nomes próprios da sua esposa, filhas e o seu próprio; e da verbalização de vocábulos simples de cumprimento, afirmação e negação: “oi”; “tchau”, “sim”; e “não”.

Na continuidade dos atendimentos, foram realizadas as formulações de sílabas com as vogais, reforço da produção oral dos vocábulos de cumprimento, nome das pessoas familiares e o seu próprio nome, seguida da escrita de algumas palavras com a estrutura CVCV (Figura 1).



**Figura 1** – Escrita espontânea em 13/07/2012



Fonte: Dos autores.

Sequencialmente, foram apresentados os fonemas, grafemas e articulemas L, T, P, F e M, seguidas das suas famílias silábicas, da formulação de palavras com as estruturas CV, CVV e CVCV. Aos poucos, introduziram-se à composição entre os fonemas grafemas e articulemas já trabalhados. Em relação à incorporação e à generalização, foram utilizadas gravuras para serem denominadas, de forma oral e escrita, por meio de jogos de memória e cartões com articulemas e grafemas (Figura 2).

**Figura 2** – Jogo Memória Boquinhas



Fonte: Dos autores.

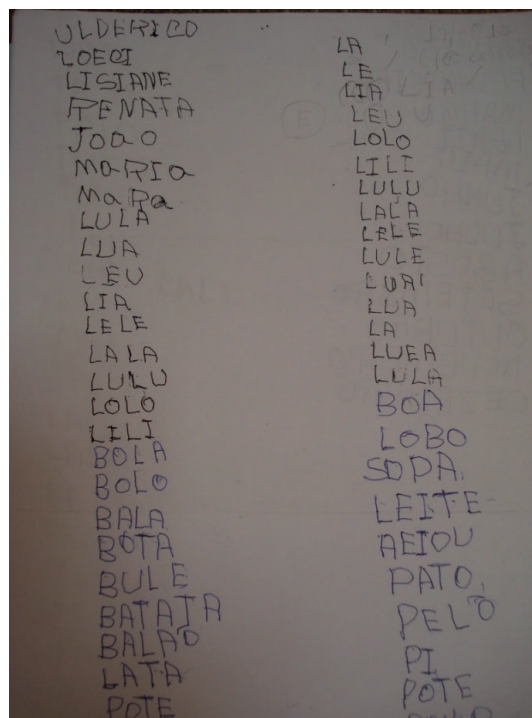
Para a análise da aplicação desse método, realizou-se o ponto de corte para a reavaliação, por meio dos mesmos testes utilizados inicialmente, em outubro de 2012.

### 3 Resultados

Qualitativamente, tem-se que o sujeito desta pesquisa passou a apresentar produções orais, com certa latência, verificados na utilização dos nomes dos familiares e do seu próprio nome, quando questionado ou espontaneamente, assim como, de vocábulos de cumprimento, sociais e interjeições, tais como: “Bom dia”; “Boa Tarde”; “Boa noite”; “Tudo bem?”; “não”; “oi”; “é”; “tá”; “sim”; “tchau”; “pai”; e “filha”. Observou-se a denominação de gravuras como: lua, bolo, lula e bala; bem como da duplicação de sílabas. Algumas vezes, na sua produção oral ocorria a dessonorização dos fonemas /b/, /d/ e /v/ para os seus correspondentes surdos (/p/, /t/ e /f/).

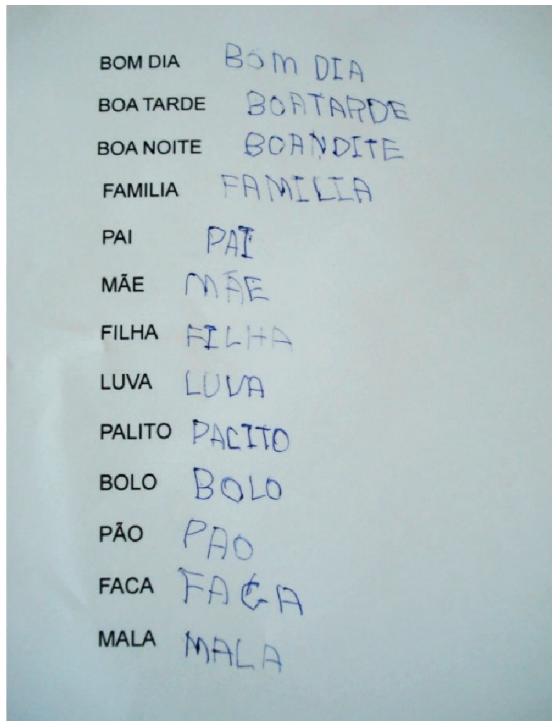
Alcançou a escrita espontânea de seu nome “Ul-derico”, das filhas “Renata” e “Lisiane”, da esposa “Loeci”, do seu pai “João”, da sua mãe “Maria” e o nome da terapeuta “Mara”. A denominação escrita de objetos, espontânea, ainda, se mostrava restrita, embora, nesse momento, presente (Figura 3). Copia qualquer palavra escrita, bem como de palavras formadas com os articulemas (Figura 4).

**Figura 3** – Escrita espontânea em 17/08/2012



Fonte: Dos autores.

**Figura 4** – Cópia das palavras



Fonte: Dos autores.

O sujeito deste estudo percebia, visivelmente, quando cometia “erros” na sua escrita, quer fosse a escrita espontânea ou cópia e na releitura que, imediatamente após escrever realizava a autocorreção. Associou, adequadamente, figuras às palavras escritas, assentindo no reconhecimento do objeto e, às vezes, demonstrou, com gestos, a sua utilização.

Quantitativamente, melhores resultados foram encontrados nos testes empregados. Os dados comparativos entre a avaliação inicial e final encontram-se expostos na tabela 1.

#### 4 Discussão

O transtorno da linguagem do sujeito afásico caracteriza-se por dissociações e déficits específicos, cujas alterações comprometem aspectos afetivos, sociais e profissionais. A fonoterapia visa à recuperação do processo de comunicação, facilitando a sua adaptação social, necessitando da participação ativa dos familiares e do suporte interdisciplinar (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 1992; ORTIZ, 2009; SILVA; CINTRA, 2010).

Em virtude da complexidade de um quadro afásico, uma avaliação completa e adequada de fala e linguagem e de outras comorbidades (ALEXANDER, 2006;

ORTIZ, 2009; SILVA; CINTRA, 2010) norteou o início da reabilitação desse sujeito.

Muitos são os fatores que envolvem um bom tratamento. Entretanto, uma definição clara das capacidades do paciente e de seu desempenho refletirá, diretamente, em sua evolução clínica. Contudo, é importante ocupar-se desse sujeito como um todo, evitando focar, apenas, em seus déficits presentes, mas, sobretudo, nas capacidades restantes, que podem ser reabilitadas, conjuntamente à participação da família e do próprio paciente, assumindo seu papel nesse contexto, com intuito de tentar restaurar sua identidade, estimulando-o, muito mais do que tentando corrigi-lo (NEGRÃO; BARILE, 2003; LIMONGI, 2005; LEAL, 2006; ALEXANDER, 2006; SILVA; CINTRA, 2010).

O sujeito deste estudo recebe tal suporte desde 2008 e suas conquistas comunicativas no período entre 2008 e 2011, embora reduzidas, refletem o prognóstico reservado da associação ao quadro da Afasia de Broca, o da Apraxia da Fala, como encontrado na literatura (RENZI; FAGLIONI, 1978; NESPOULOUS et al., 1986). A apraxia da fala está associada às lesões extensas do hemisfério esquerdo anterior ou na Área de Broca (TRUPE et al., 2013; BALLARD; TOURVILLE; ROBIN, 2014).

Durante 2012, iniciou-se uma proposta diferenciada para o tratamento fonoterapêutico do sujeito deste estudo, pois os resultados clínicos, até então, não mostravam uma funcionalidade comunicativa, o que gerava certa “tensão” no sujeito, por vezes desmotivando-o e, ao mesmo tempo, frustrando-o na realização de algumas propostas. A dificuldade de comunicação era marcada pela presença da estereotipia “seu, seu” de forma frequente e espontânea, frente à tentativa de verbalização oral.

Esse estado emotivo é justificado na literatura (SOUZA; PAYÃO, 2008; WEST et al., 2008) pela percepção da dificuldade de comunicação ou das suas tentativas inócuas de produção oral. Essa percepção gera no sujeito afásico dificuldades emocionais devido à falta de uma comunicação fluente, cabendo ao terapeuta acompanhar e mostrar a esse sujeito que ele não está sozinho, auxiliando-o na sua recuperação e no acesso a um discurso (WEST et al., 2008).

A presença da estereotipia é descrita na literatura como frequente e pode ser mantida nos quadros de Afasia de Broca (ORTIZ, 2005a; MARTINS; ORTIZ, 2009). Ela possui um caráter involuntário e aparece na tentativa de se falar (MARTINS; ORTIZ, 2009).

Uma vez que a evolução terapêutica alcançada até 2011 se deu frente à utilização das técnicas com foco multissensorial (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 1992) e, a redução nos resultados terapêuticos para com a técnica de entonação melódica, indicada frente aos quadros de Apraxia verbal (ORTIZ, 2009), na qual o sujeito deste estudo se manteve em etapa de produção de fonemas vocálicos abertos e interjeições, optou-se por introduzir um método que englobasse e favorecesse a oralidade e a escrita.

Como a apraxia verbal compromete a sequencialização dos fonemas nos vocábulos e o MB foi desenvolvido para inovar o processo de aquisição da leitura e escrita, tanto na alfabetização como na reabilitação, utilizando-se de estratégias fônicas – na produção dos fonemas ou som correspondente; visuais – explorando o grafema ou letra; e articulatórias – integrando as características anteriores aos articulemas ou “Boquinhos” (que são imagens fotográficas da articulação dos fonemas) (JARDINI, 2003), hipotizou-se que a utilização desse método promovesse a ordenação dos fonemas nos vocábulos, para o sujeito pesquisado.

A partir do momento em que se passou a oferecer ao sujeito acometido uma sequência concreta dos movimentos, integrando os fonemas aos grafemas e às imagens articulatórias e gráficas, obteve-se um suporte objetivo para a execução da ordenação dos fonemas nos vocábulos e, com isto, a sua produção oral e escrita.

A relação entre oralidade e escrita, por meio dessas pistas multimodais, mostrou-se de melhor resposta fonoterapêutica, propiciando a produção de vocábulos simples e cotidianos, resultando em certa funcionalidade da sua comunicação. Esses dados podem ser conferidos por meio das observações qualitativas, nas quais se observa, embora com latência, respostas coloquiais aos questionamentos e linguagem espontânea e automatizada, assim como nos resultados dos testes de linguagem aplicados e da comparação entre a avaliação inicial e final expostos na tabela 1.

Os resultados dos testes Beta e Token evidenciam uma melhora quantitativa nas respostas, quer pela ampliação na execução dos comandos solicitados no primeiro teste, como confirmou evolução no teste Token de um quadro severo de comprometimento para um quadro de comprometimento moderado, considerando a pontuação para o teste na sua versão resumida.

O MB preconiza a inovação e apresenta resulta-

dos pela metodologia articulatória utilizada, pois alia os inputs neurológicos auditivos (sons-fonemas) aos visuais (letras-grafemas) e aos cinestésicos (boquinhos-articulemas) sendo considerado como prático rápido e eficiente quanto aos seus resultados, para o letramento e alfabetização, devido ao caráter de integração fonema-grafema e do seu diferencial, pela conexão cinestésica dos estímulos. (JARDINI, 2003).

A fixação e a generalização dos fonemas incorporados à linguagem do sujeito se deram com a utilização dos jogos e cartela confeccionados, assim como pela participação ativa dele e da sua família, incansáveis na realização das tarefas domiciliares e, também, motivados pelas conquistas alcançadas.

A sequência indicada no MB promoveu o domínio dos fonemas L, T, P, F e M, e a organização e ordenamento destes nos vocábulos e palavras escritas. O sujeito permaneceu com a estereotipia para se comunicar. Entretanto, se observou a redução da sua produção verbal espontânea. Essa diminuição da produção da estereotipia pode ser encarada como uma regressão desta, pois se observou uma evolução na sua utilização, passando por um estado de organização, em que se observava a variação da entonação; pelo aparecimento de fenômenos voluntários, com a tentativa de impedir que surgisse; para um estágio de flutuação, no qual se mostra menos frequente, com o acréscimo de palavras novas de forma automática e episódica, como refere à literatura (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 1992), modificando o seu prognóstico clínico.

O sujeito do estudo apresentou evolução clínica, integrando os fonemas apresentados em vocábulos simples, generalizando-os na formação de novas palavras escritas e ordenando-os na formulação de novos vocábulos. A integração e generalização dos fonemas em novas palavras e vocábulos passaram a ocorrer de forma espontânea, na ausência de pistas para emissão. Essa nova possibilidade de comunicação oral ou escrita renovou as expectativas do paciente para o estabelecimento de uma comunicação verbal, assim como para com a manutenção da terapia fonoaudiológica.

O MB utilizado possibilitou muito mais que a utilização parcial da linguagem. O sujeito se mostrava confiante frente às suas conquistas verbais orais e escritas, realizava tentativas, reorganizava a suas produções com menos sofrimento e manteve-se mais motivado para a (re) construção da sua linguagem, pois a afasia é um



distúrbio que acarreta modificações linguístico-cognitivas que são evidenciadas nos diferentes da significação e dos níveis linguísticos, comprometendo a oralidade e a escrita (CARDOSO; BISSO; BRAGA, 2012). Cognitivamente, se observou melhor compreensão e a inserção de habilidades de memória e de acesso lexical.

No decorrer do percurso fonoterapêutico, pode-se evidenciar o comprometimento e a dedicação dos envolvidos, viabilizando, gradativamente, o sucesso da proposta e das estratégias aplicadas, antes comprovadamente estagnadas, quando da utilização de técnicas fonoterapêuticas já estabelecidas na literatura, com intuito de melhorar sua comunicação. Perceberam-se, ao término desse período do trabalho, as conquistas comunicativas do sujeito em estudo, desde o uso de vocábulos de cumprimento até o acesso lexical de sequências automáticas de linguagem.

Mesmo se considerando que a intervenção fonoaudiológica precoce contribui em muito para a reorganização da atividade linguística (KUNST et al., 2013), tem-se que as possibilidades de recuperação da linguagem pós-AVC, com base nos mecanismos de conexão neural, ocorrem por diferentes estruturas e caminhos, assim como em distintos momentos do processo clínico, que dependem de fatores individuais, do uso da linguagem, do tamanho e localização da lesão neurológica (JARSO et al., 2013).

Acredita-se que o MB foi eficiente e pontual frente ao transtorno de linguagem desse sujeito e que, esse método, ferramenta os profissionais da Fonoaudiologia na sua utilização juntamente aos sujeitos diagnosticados com Afasia e/ou Apraxia Verbal.

Como sugestão para a continuidade do tratamento desse sujeito, propõe-se a sua manutenção em fonoterapia individual, utilizando-se o MB, completando as etapas deste e a sua inserção em um grupo de fonoterapia para afásicos, para que possa fazer uso da linguagem constituída, tornando a sua comunicação mais funcional e facilitando a sua acessibilidade social e cultural.

## 5 Conclusão

Ao se considerar que os distúrbios da comunicação evidenciados em pacientes pós-AVC, associado ao quadro de apraxia, possuem um prognóstico reservado, bem como a decisão de utilizar como ferramenta terapêutica o MB, ainda sem constatação para esses distúrbios

e, considerando-se, ainda, o número restrito de sessões possíveis, tornaram este estudo desafiador.

A utilização desse método na recuperação da linguagem do sujeito em questão foi o diferencial necessário para o seu progresso fonoterapêutico, considerando que as conquistas alcançadas anteriormente a aplicação do método haviam chegado a sua estagnação. O prognóstico deste, ainda, se mostra reservado devido à localização da lesão neurológica, da sua extensão e da lentificação do processo de reabilitação devido ao quadro diagnóstico associado da Afasia de Broca e da Apraxia Verbal, mas a introdução do MB nos aponta uma possibilidade terapêutica importante, integrando a linguagem oral e escrita, de forma sequencial.

Entende-se que o prognóstico para pacientes com afasia de emissão, associado ao quadro de apraxia verbal, é, normalmente, de difícil reabilitação, e os processos terapêuticos são longos. Sendo assim consideraram-se as conquistas comunicativas do sujeito em estudo como satisfatórias, visto ter alcançado espontaneidade de linguagem e a regressão da sua estereotipia. A eficiência do MB utilizado no caso clínico pode ser descrito com bom rendimento.

## Referências

- ALEXANDER, M. P. Aphasia I: clinical and anatomic issues. In: FARAH, M. J.; FEINBERG, T. E. **Patient-based approaches to cognitive neuroscience**. Cambridge: MIT Press, 2006. p. 183-195.
- ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- BALLARD, K. J.; TOURVILLE, J. A.; ROBIN, D. A. Behavioral, computational, and neuroimaging studies of acquired apraxia of speech. **Frontiers in Human Neuroscience**, Lausanne, v. 8, n. 892, p. 1-9, nov. 2014.
- CARDOSO, M. C. A. F.; BISSO, M.; BRAGA, A. C. O uso do desenho como comunicação nas afásias. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 39-44, jan./mar. 2012.
- FREITAS, G. R. Aphasia and other language disorders. **Frontiers of Neurology and Neuroscience**, Basel, v. 30, p. 41-45, jan./dez. 2012.
- RENZI, E.; FAGLIONI, P. Normative data and screening power of a shortened version of the token test. **Cortex**, Milan, v. 14, n. 1, p. 41-49, mar. 1978.
- DUFFY, J. R. **Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis and management**. 3. ed. St. Louis, MO: Mosby-Year Book, 2013.



- JAKUBOVICZ, R.; MEINBERG, R. C. **Introdução à afasia**: elementos para o diagnóstico e terapia. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.
- JARDINI, R. S. **Método das boquinhas**: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- JARSO, S. et al. Distinct mechanisms and timing of language recovery after stroke. **Cognitive Neuropsychology**, London, v. 30, p. 454-475, oct. 2013.
- KANG, E. K. et al. Severity of post-stroke aphasia according to aphasia type and lesion location in koreans. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 25, p. 123-127, jan. 2010.
- KUNST, L. R. et al. Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 1712-1717, nov./dec. 2013.
- LEAL, G. Avaliação funcional da pessoa com afasia: construção de uma escala. **Re(habilitar) – Revista da ESSA**, Alcoitão, v. 3, p. 7-24, s.m. 2006.
- LIMONGI, F. P. Terapia das desordens emissivas. In: ORTIZ, K. Z. (Org). **Distúrbios neurológicos adquiridos**: linguagem e cognição afasia. São Paulo: Manole, 2005. p. 94-109.
- MARTINS, F. C.; ORTIZ, K. Z. Proposta de protocolo de avaliação da apraxia de fala. **Revista FonoAtual**, v. 30, p. 53-61, 2004.
- NEGRÃO, A. M. G.; BARILE, M. A. C. Afasia: uma interface entre a fonoaudiologia e a psicologia. **Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out. 2003.
- NESPOULOUS, J-L. et al. **Protocolo Montreal-Toulouse de exame linguístico de afasia MT-86**. Montreal: LaboratoireThéophile-Alajouanine, 1986.
- OGAR, J. et al. Apraxia of speech: an overview. **Neurocase**, London, v. 11, n. 6, p. 427-432, Dec. 2005.
- ORTIZ, K. Z. **Distúrbios neurológicos adquiridos**: fala e deglutição. São Paulo: Manole, 2009.
- ORTIZ, K. Z. Afasia. In: ORTIZ, K. Z. **Distúrbios neurológicos adquiridos**: linguagem e cognição. São Paulo: Manole, 2005a. p. 47-64.
- ORTIZ, K. Z. Avaliação das afasias. In: ORTIZ, K. Z. **Distúrbios neurológicos adquiridos**: linguagem e cognição. São Paulo: Manole, 2005b. p. 65-93.
- ORTIZ, K. Z. Terapia da apraxia de fala. In: ORTIZ, K. Z. **Distúrbios neurológicos adquiridos**: fala e deglutição. São Paulo: Manole, 2009. p. 38-53.
- SILVA, C. F.; CINTRA, L. G. A reabilitação do sujeito afásico: uma visão sociointeracionista. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 238-243, abr./jun. 2010.
- SOUZA, T. N. U.; PAYÃO, L. M. C. Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 193-202, abr./jun. 2008.
- TABAKI, N. E. et al. Apraxia related with subcortical lesions due to cerebrovascular disease. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 122, p. 9-14, jul. 2010.
- TIRAPU-USTÁRROZ, J. et al. Relación entre la sustancia blanca y las funciones cognitivas. **Revista de Neurologia**, Barcelona, v. 52, n. 12, p. 725-742, jun. 2011.
- TRUPE, L. A. et al. Chronic apraxia of speech and broca's area. **Stroke**, Baltimore, v. 44, p. 740-744, mar. 2013.
- WEST, C. et al. Interventions for motor apraxia following Stroke. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 2008, n. 1, jan. 2008.