

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE
SERGIPE**

JOÃO SIGEFREDO ARRUDA

ARACAJU
Fevereiro – 2013

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE
SERGIPE**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca
Examinadora como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Ambiente, na área de concentração em
Saúde e Ambiente.

JOÃO SIGEFREDO ARRUDA

Orientadores

Francisco Prado Reis, D. Sc.

Vânia Fonseca, D. Sc.

ARACAJU
Fevereiro – 2013

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE SERGIPE

JOÃO SIGEFREDO ARRUDA

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Prado Reis (Orientador)
Universidade Tiradentes - UNIT

Profa. Dra. Vânia Fonseca (Coorientadora)
Universidade Tiradentes - UNIT

Profa. Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Titular (Universidade Tiradentes - UNIT)

Profa. Dra. Edilene Curvelo Hora
Titular (Universidade Federal de Sergipe - UFS)

ARACAJU
Fevereiro - 2013

"Assim como as cinzas precisam ser revolvidas para entrar de novo em combustão, os resíduos linguísticos terão de ser ativados para entrar novamente em atividade".

(Regina Jakubovicz)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, Inteligência e Misericórdia Supremas, Pedra Fundamental da minha fé, sem a qual não encontraria força e coragem para enfrentar e contornar os percalços no meio do caminho. A **Nossa Senhora**, por me cobrir com seu manto de amor, por me confortar nos momentos de insegurança e incerteza, nunca deixando de me estender a mão.

À minha família, em especial à minha mãe, **Ítala Maria Arruda**, modelo de inteligência, sabedoria, organização, determinação e bom senso. Por suportar e entender a distância física. Por todo apoio a mim dispensado, sem pesar ou medir esforços para me ajudar quando foi preciso. Sua existência é o que me propulsiona. Minha mãe, amo muito a senhora.

Aos meus sobrinhos do coração, **Khaellyny e Khaellyson**, por sua alegria e carinho. À minha irmã do coração, **Roberta Mikhaelly Arruda**, e à minha avó, **Margarida Arruda**, pelo apoio, carinho e torcida.

Aos **colegas** da turma 2011 do Mestrado em Saúde e Ambiente, por terem me proporcionado a satisfação em conhecê-los. Em especial, aos colegas **Luciano, Ana Célia, Marismar e Andréia Poschi**. A **Maris**, por mostrar minhas potencialidades, por me ouvir e me compreender. A **Andréia**, por sempre surgir como um anjo nos momentos mais críticos da realização desta pesquisa, mostrando-me saídas, principalmente na reta final, disponibilizando seu tempo para compartilhar comigo seus conhecimentos.

Ao professor **Ricardo Albuquerque**, Coordenador do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente, por sua compreensão, auxílio e “broncas” na media certa.

Ao professor **Francisco Prado Reis**, por ter aceitado me orientar, por sua admirável inteligência, pelos conhecimentos transmitidos, pelas orientações racionais e objetivas e por permitir que a pesquisa transcorresse de acordo com minhas afinidades.

À professora **Vânia Fonseca**, que me aceitou como coorientadora, mesmo não sendo da área da saúde. Sou muito agradecido por sua dedicação, buscando leituras complementares para se apropriar do meu tema, nunca me diferenciando de

suas orientandas, disponibilizando seu tempo sempre que eu necessitei, respondendo prontamente aos meus *e-mails*, acolhendo-me como uma mãe em momento crucial desta pesquisa. A senhora me ajudou com maestria e pertinência. Sem a senhora, não teria conseguido.

Aos professores, **Dra. Ivone Panhoca** e **MSc. Roberto Pacheco**, que mesmo sem me conhecerem pessoalmente, responderam-me com cordialidade e paciência, orientando-me e mostrando possíveis caminhos a serem trilhados no mundo da afasiologia.

Ao amigo, **Ítalo Emanuel**, pela exposição de seu ponto de vista sempre coerente, levando-me a reflexões imprescindíveis ao meu crescimento.

Aos **dirigentes do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia**, por acreditarem na relevância desta pesquisa. Às recepcionistas **Sandra e Jussara**, pela paciência quando eu esquecia os nomes e horários dos pacientes. À professora **Edna Aragão**, supervisora do estágio em Neurologia, por sua simpatia e atenção.

Enfim, agradeço imensamente a todos os pacientes que participaram desta pesquisa, seus familiares e cuidadores.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	ix
1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1. EXPECTATIVA DE VIDA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	15
2.2. AFASIA: HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS	17
2.3. AVALIAÇÃO DA AFASIA	21
3. METODOLOGIA	26
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	26
3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
3.4. PROCEDIMENTOS.....	27
3.5. VARIÁVEIS.....	29
3.6. PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1. ARTIGO I: AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE SERGIPE	32
4.2. ARTIGO II: RELAÇÃO ENTRE DIFICULDADES LINGÜÍSTICAS E LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS EM ADULTOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	48
5. CONCLUSÕES GERAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE	65
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
ANEXOS	67
ANEXO A: QUESTIONÁRIO COM A FAMÍLIA OU COM O PACIENTE.....	68
ANEXO B: TESTE DE REABILITAÇÃO DAS AFASIAS/TESTE DO RIO DE JANEIRO (2005) MODIFICADO (2012).....	70
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA	81

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

Tabela 1- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS SUJEITOS POR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO AO AVC SEGUNDO O GÊNERO (ARACAJU-SE, 2012)	39
Tabela 2- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC (ARACAJU-SE, 2012)	40
Tabela 3- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE GÊNERO E FAIXA ETÁRIA POR ESCOLARIDADE (ARACAJU-SE, 2012)	40
Tabela 4- DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DAS PROVAS POR ESCOLARIDADE (ARACAJU-SE, 2012).....	41
Tabela 5- DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DAS PROVAS POR GÊNERO (ARACAJU-SE, 2012)	42
Tabela 6- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS POR CATEGORIA DE IDADE (ARACAJU-SE, 2012).....	42
Tabela 7- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ARACAJU-SE, 2012)	43
Tabela 8- DISTRIBUIÇÃO DOS GRAUS DE AFASIA ENCONTRADOS (ARACAJU-SE, 2012)	43

ARTIGO II

Tabela 1- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC (ARACAJU-SE, 2012).....	54
Tabela 2- DISTRIBUIÇÃO DE TEMPO DECORRIDO DE AVC POR ESTADO CIVIL (ARACAJU-SE, 2012).....	55
Tabela 3- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ARACAJU-SE, 2012)	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AVDs = Atividades de Vida Diárias
AVC = Acidente Vascular Cerebral
AVCs= Acidentes Vasculares Cerebrais
AVCI= Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCH = Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
CSA = Comunicação Suplementar Alternativa
BDAE = Boston Diagnostic Aphasia Examination
BNT = Boston Naming Test
HAS = Hipertensão Arterial
INAF = Indicador de Analfabetismo Funcional
IPM= Instituto Paulo Montenegro
LAVDs = Limitação das Atividades de Vida Diárias
QAVC = Quantidade de AVCs
TAVC = Tempo de AVCs
TCE = Traumatismo Cranioencefálico
SCOMP= Somatório das Provas de Compreensão
SPE= Somatório das Provas de Expressão

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE SERGIPE

João Sigefredo Arruda

Na atualidade, vivencia-se o aumento da longevidade que traz um acréscimo dos riscos a doenças cerebrovasculares. Dentre esses agravos, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem sido caracterizado como maior causa de incapacidade entre os adultos. O AVC pode ocasionar comprometimentos motores, sequelas na deglutição e na linguagem. Desta forma, este estudo objetiva a conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem em indivíduos que sofreram AVC, como também, a diagnosticar o tipo de alterações de linguagem; verificar a relação entre os distúrbios de linguagem com gênero, escolaridade, idade, estado civil, fatores de risco associados, tempo de AVC e quantidade de AVCs; e caracterizar a influência das alterações de linguagem nas relações sociais das pessoas. A coleta dos dados foi realizada através da avaliação da linguagem de todos os pacientes acometidos por AVC, atendidos no período de fevereiro a agosto de 2012, no setor de fisioterapia de centro de referência em educação e saúde do Estado de Sergipe, aplicando-se um instrumento baseado no Teste do Rio de Janeiro (2005). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e probabilística, utilizando a distribuição de frequência, cálculos da média, desvio padrão e percentis, do Teste U de Mann-Whitney e Qui-Quadrado. Foram encontrados 31 indivíduos, de ambos os gêneros, com idade variando entre 30 a 94 anos. Desse total: 53,8% eram homens e 42,5 % mulheres; 51,6% apresentavam idade até 65 anos e 48,4% acima de 65 anos; 58,1% tinham a escolaridade até fundamental incompleto e 41,9% acima de fundamental incompleto; os pesquisados sem companheiro referiram maior média de tempo decorrido de AVC, em relação aos com companheiro; 71% afirmaram ter pelo menos um fator de risco associado ao AVC; 83,9% ressaltaram limitação das atividades de vida diárias e 16,1% não. Uma parte da amostra (19%) apresentou afasia de compreensão grave, 16% moderada, 55% leve e 10% compreensão normal. Foi verificada afasia de expressão de grau leve em 39% da amostra, moderado em 9,5%, grave em 9,5% e expressão normal em 42%. Identificou-se que o gênero masculino, pessoas com idade até 65 anos e com escolaridade até fundamental incompleto foram mais acometidos por afasia e apresentaram maior pontuação em todos os testes realizados. Foi evidenciado, também, que as alterações linguísticas dos afásicos levam à limitação das atividades de vida diárias.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Afasia; Transtornos da Linguagem; Testes de Linguagem.

EVALUATION OF THE LANGUAGE AFTER STROKE IN ADULTS IN THE STATE OF SERGIPE

João Sigefredo Arruda

In actuality, it's experienced the increase in longevity that brings an increase of risks of cerebrovascular diseases. Among these diseases, the Cerebrovascular Accident (CVA), or stroke, has been characterized as the largest cause of disability among adults. The stroke can cause motor impairment, sequels in swallowing and in language. Thus, this study aims to understand the occurrence of language disorders in individuals who suffered strokes, but also to diagnose the type of language disorder; to verify the relationship between language disorders with gender, education, age, marital status, associated risk factors, length and number of strokes; to characterize the influence of language disturbances in social relations of people. Data collection were performed by evaluating the language of all patients affected by stroke, treated between February and August 2012, in the physiotherapy sector of the Reference Center on Education and Health of the State of Sergipe, applying an instrument based on the Test of Rio de Janeiro (2005). Data were analyzed using descriptive and probabilistic statistics, using frequency distribution, calculation of mean, standard and percentiles deviation, Mann-Whitney U and chi-square Test. 31 individuals were found, of both genders, aged between 30 to 94 years. Of this total: 53.8% were men and 42.5% were women, 51.6% were aged up to 65 years and 48.4% were over 65 years; 58.1% had schooling up to incomplete elementary and 41.9% had it above incomplete elementary; unmarried respondents reported higher average elapsed time of stroke in relation to those with partner; 71% reported having at least one risk factor associated with stroke; 83.9% pointed limitation in daily living activities and 16.1% did not. A portion of the sample (19%) showed severe anomic aphasia, 16% moderate, 55% lighter and 10% normal anomia. It was verified expressive aphasia of low level in 39% of the sample, moderate in 9.5%, severe in 9.5% and normal expression in 42%. It was found that males, people aged up to 65 years and with education up to incomplete elementary were more affected by aphasia and showed had higher scores on all tests. It was evidenced as well that the language impairments of aphasic people lead to limitation of daily living activities.

Keywords: Stroke; Aphasia; Language Disorders; Language Tests.

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é um dos mais importantes processos que se estabelece entre as pessoas acompanhando seu processo evolutivo, cujo desenvolvimento está intimamente ligado ao estado das atividades e funções cognitivas. Para Carrasco (2001), esse processo é representado por interações interpessoais, nas quais os participantes irão interpretar tanto seus atos comunicativos como os de outras pessoas. Nesse contexto, durante tal ação conjunta, cada indivíduo desempenha um papel diferente, o que irá direcionar as relações sociais (CARRASCO, 2001).

Ao se lançar um olhar sobre as interações estabelecidas em sociedade, surge o foco para possibilidades de trocas de informações entre as pessoas como, por exemplo, em ambientes profissionais e domésticos. Por considerar que o ser humano passa a maior parte do tempo no exercício de algum tipo de comunicação, esta se configura naturalmente como uma troca de sentimentos, conhecimentos e necessidades entre dois ou mais sujeitos (CARRASCO, 2001).

A ocorrência e execução do processo comunicativo de forma funcional ao ser humano dependem da integridade de mecanismos cerebrais, responsáveis pelo estabelecimento da linguagem. Nessa conjuntura, a afasia é uma das graves alterações da linguagem que pode acometer o adulto, pois interfere na cognição do indivíduo.

No presente cenário social, há um crescente aumento da população idosa, em virtude de fatores, como o desenvolvimento da medicina, que têm proporcionado aos indivíduos cuidados especializados para a manutenção e recuperação da saúde, situação esta que proporciona o aumento da expectativa de vida da população. Esta nova configuração populacional tende a estimular o crescimento do número de pesquisas que abordam temas relacionados ao envelhecimento do homem, dentre elas aquelas relativas aos danos cerebrais.

Deve ser destacado que pessoas mais idosas apresentam maior predisposição a alterações orgânicas intrínsecas ao envelhecimento, como, por exemplo, a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC), que pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro. (MAGALHÃES; BILTON, 2004).

A ocorrência de AVC tem sido identificada como uma das causas mais frequentes da afasia, em indivíduos idosos. Quando o AVC acomete a porção anterior da

área motora do córtex cerebral, podem ocorrer dificuldades na fala. Nesse caso, o sujeito perde a capacidade de encontrar as palavras para emissão oral (afasia de expressão). Por outro lado, quando o comprometimento atinge a região parietal inferior ou ainda na região temporal superior, ocorrerão dificuldades em compreender a fala do outro (afasia da compreensão). (PACHECO, 2004).

É observado claramente um impacto significativo na vida da pessoa que desempenhava suas funções linguísticas de forma efetiva para suas relações interpessoais, mas desenvolveu um quadro afásico, após ter sido acometida por AVC. Em muitos casos, o afásico apresenta dificuldade na realização de atos motores voluntários para a fala, fato que o impossibilita desempenhar a linguagem de forma apropriada às convenções sociais.

As alterações de comunicação, oriundas da afasia, podem dificultar ou incapacitar a interação da pessoa com o ambiente em que vive, fato que pode levá-la ao isolamento social, uma vez que limitaria a realização de suas Atividades de Vida Diárias (AVDs).

Nesse sentido, entende-se que a pessoa com defasagem linguística, em decorrência da afasia, ficará fora do padrão considerado normal, uma vez que passará a ter dificuldades em dominar um ou mais níveis de linguagem. Tal circunstância ocasiona consequências negativas do ponto de vista emocional e até econômico, não somente para o doente, mas também para seus familiares.

Haja vista a situação descrita no parágrafo anterior, percebe-se que a afasia é um quadro patológico que produz impacto significativo na linguagem humana. Esse impacto pode ser observado por meio de alterações na linguagem expressiva e/ou receptiva de uma pessoa, após a ocorrência de AVC. Como consequência, a afasia poderá desestruturar o ritmo de vida do doente ao afetar suas capacidades cognitivas, além de ocasionar deterioração em suas relações familiares e laborais.

Apesar de a maior parte das pesquisas terem como foco a identificação de qual área cerebral foi lesada após o AVC, o estabelecimento de correlação entre região neuronal afetada e o tipo de alteração linguística, ou proporem classificações para as afasias, atualmente observa-se o surgimento de estudos que abordam a funcionalidade da linguagem dos afásicos. Por este motivo, surgiu o interesse em se realizar a presente pesquisa.

Este estudo apresenta como objetivo geral conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem em indivíduos que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC). São destacados como objetivos específicos: diagnosticar o tipo das alterações de linguagem; verificar a relação entre os distúrbios de linguagem com gênero, escolaridade, idade, estado civil, fatores de risco associados, tempo e quantidade de AVCs, e caracterizar a influência das alterações de linguagem nas relações sociais dos pesquisados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. EXPECTATIVA DE VIDA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

De acordo com dados demográficos, a previsão é de que em 2020 existam 34 milhões de idosos no Brasil; este número indica que o país terá a sexta população mais velha do mundo (PEDREIRA; LOPES, 2010). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um incremento na esperança de vida dos brasileiros em três meses e 22 dias em 2011, quando comparado ao ano de 2010 (IBGE, 2012).

O crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida contribuem para o aumento do número de idosos, fato observado em quase todo o mundo. O aumento da longevidade tem como consequência a elevação da predisposição à ocorrência de problemas circulatórios e degenerativos que, frequentemente, ocasionam danos cerebrais, os quais, muitas vezes, trazem diversos tipos de sequelas (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Por danos cerebrais, entende-se qualquer lesão neurológica, como, por exemplo, o AVC, o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Tumores e Encefalopatias Progressivas como Mal de Parkinson e a doença de Alzheimer (PACHECO, 2004). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, dentre as alterações neurológicas mais comuns durante o envelhecimento, o AVC é a maior causa de incapacidade e a segunda, de mortalidade entre os adultos (MAGALHÃES; BILTON, 2004).

O AVC pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro. Essa lesão vascular pode ser causada por bloqueio (AVC Isquêmico) do fluxo sanguíneo, tendo como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardíacas e o *Diabetes Melitus*; ou por sangramento (AVC Hemorrágico) provocado por ruptura de vasos sanguíneos degenerados, sendo associado principalmente à HAS (MAGALHÃES; BILTON, 2004).

Talarico, Venegas e Ortiz (2010) citam como manifestações pós-AVC: déficits motores, incapacidade funcional, distúrbios de linguagem, disfagia (dificuldade de deglutição), depressão, desajuste social e piora na qualidade de vida. Para esses autores, os distúrbios de linguagem são as principais complicações geradoras de incapacidades funcionais.

Sitta *et al.* (2010) referiram como achados observados, na grande maioria dos pacientes que sofrem de AVC, os transtornos motores, fato que afeta a condição corporal do indivíduo. As autoras acreditam ser conveniente associar o comportamento motor com o surgimento de repercussões importantes na autonomia e nas relações interpessoais, desencadeando muitas vezes reações emocionais.

No tocante ao prognóstico, Talarico, Venegas e Ortiz salientam que

Segundo a Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, os primeiros três a seis meses após o AVC são os mais importantes no processo de readaptação. A linguagem, o equilíbrio e as habilidades funcionais podem continuar melhorando até dois anos após a lesão. (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2010, p. 8).

Apesar do evidente aumento da longevidade, a sociedade moderna apresenta novos desafios, tais como a facilidade de acesso a drogas lícitas e ilícitas; um ritmo de vida acelerado que proporciona aumento do sedentarismo; alimentação inadequada e maiores níveis de estresse. Tais características aumentam a propensão da população ao AVC. Neste sentido, Ballone (1999) considerou que a vida moderna traz às pessoas situações de conflito que geram ansiedade, angústia e desestabilização emocional. Ainda segundo esse autor, esta confusão existencial promove alterações consideráveis nos níveis de estresse do indivíduo. Dessa forma, o estresse patológico surge como causador de desequilíbrios fisiológicos do organismo humano.

Estresse pode ser conceituado como qualquer alteração global do organismo para adaptar-se a uma situação nova ou às mudanças de um modo geral. O estresse deixa o indivíduo alerta e o impulsiona para tomar decisões. Entretanto, caso esse estresse se manifeste por um longo período de tempo poderá dar lugar ao estresse patológico, o qual poderá ser canalizado para algum órgão do corpo humano, contribuindo para o surgimento de doenças como: HAS, diabetes, patologias cardíacas, enxaquecas, labirintopatias, doenças gastrointestinais, lúpus, lombalgia e AVC (BALLONE, 1999). É importante destacar que o estresse, quando está associado a hábitos de vida inadequados como sedentarismo, hipertensão, diabetes, consumo de bebidas alcoólicas e fumo, geralmente se torna um instrumento potencializador do AVC (SITTA *et al*, 2010).

A depender da localização e extensão da lesão, da capacidade de recuperação e acessos a tratamentos específicos, as alterações provocadas pelo AVC podem ter características passageiras ou definitivas. Por sua vez, as sequelas incapacitantes decorrentes do AVC afetam principalmente a capacidade de desempenhar atividades cotidianas (PEDREIRA; LOPES, 2010).

Pedreira e Lopes (2010) ressaltaram, também, que a incapacidade funcional poderia produzir, na pessoa que sofreu AVC, impacto significativo em seu cotidiano, e, possivelmente, gerar muitos conflitos de ordem familiar, surgidos a partir dos cuidados requeridos pelos pacientes que apresentam sequelas após este acometimento.

No Brasil, o AVC é considerado a primeira causa de mortalidade em adultos (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2010). Esses autores chamaram atenção para o fato de que a doença cerebrovascular é causa mais frequente de morbidades e óbitos de pacientes, no município de São Paulo.

Pacheco (2004) cita o AVC como um dos componentes do grupo de doenças cerebrovasculares que podem acometer o ser humano durante o processo de envelhecimento, além disso, destaca seu papel na contemporaneidade, como a causa mais relevante da ocorrência de afasia. Oliveira *et al.* (2010) também apontaram o AVC como a principal causa da afasia, a qual pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes, atingindo até 40% na fase aguda.

Para Sitta *et al.* (2010) os indivíduos com lesões cerebrais decorrentes, dentre outros fatores, de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e tumores, geralmente podem apresentar alterações nas áreas de linguagem, como a afasia. (TALARICO, VENEGAS e ORTIZ, 2010).

2.2. AFASIA: HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS

Altschuler (2006) afirmou que o histórico das afasias é complexo e extenso, datando da época em que foi escrito o livro bíblico dos salmos. O anatomista alemão Franz Joseph Gall (1808) teorizava acerca da identificação de características comportamentais do ser humano, através do formato do crânio. Lopes (2000) afirma que o conceito atual de dominância cerebral é oriundo dos estudos de Gall (1808).

Com o avanço dos estudos em neurologia, Altschuler (2006) ressalta a importância das pesquisas de Paul Broca (1861) e Carl Wernick (1874), que atribuíam a cada função da linguagem uma localização anatômica específica no cérebro. Broca contribuiu para a afasiologia, ao identificar que uma lesão no Córtex Frontal Esquerdo ocasiona dificuldade em expressar pensamentos, enquanto Wernick apontou a Lesão no Córtex Temporal Esquerdo como causadora de pobreza na compreensão da linguagem.

Frente a tais pressupostos, Lopes (2000) considerou de grande significância o papel desses dois médicos na origem da teoria localizacionista.

Em oposição à teoria localizacionista, o psiquiatra e neurologista Kurt Goldstein (1940) propôs a indivisibilidade do funcionamento cerebral, referendando a Teoria Holística, a qual é embasada na teoria da Gestalt. (LOPES, 2000). Esse pesquisador cita Jackson (1835-1911) como propositor da Teoria Funcionalista, segundo a qual, através de uma visão integrada do funcionamento cerebral, aponta a hierarquização das funções linguísticas.

Bicalho (2009) afirmou que a afasia corresponde a uma perturbação nos processos de significação em que há alterações em um dos níveis linguísticos. Law (2001) dividiu esses níveis linguísticos em: Fonologia (sistema de sons de uma língua), Sintaxe (unidades gramaticais), Prosódia (relacionada à entonação da fala), Morfologia (maneira pela qual as palavras mudam de forma em uma dada língua), Semântica (forma pela qual o significado é organizado), Pragmática (utilização prática de uma língua).

Sitta *et al.* (2010) ressaltam que devido à afasia ser uma sequela ocasionada por lesão cerebral, sua ocorrência leva a alterações linguísticas que comprometem a compreensão e expressão de símbolos verbais e/ou escritos, fator que limita a comunicação tanto oral quanto escrita.

Pacheco define a afasia

[...] como um distúrbio adquirido da linguagem causado por lesão ou disfunção encefálica, principalmente no hemisfério esquerdo, que pode estar associado ou não a outras alterações cognitivas interferindo na capacidade de processamento e/ou produção linguística. (PACHECO, 2004, p. 21).

Além das alterações de comunicação, a afasia gera impacto na vida social dos pacientes, destacando-se a diminuição da probabilidade de retorno para as atividades profissionais (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2010). Esse impacto acontece porque com frequência os afásicos também apresentam comprometimentos motores que os tornam ainda mais dependentes de outra pessoa para o exercício de suas AVDs (PANHOCA; PUPO, 2010). Em consonância com essa visão, Chun (2010) afirmou que as alterações decorrentes da afasia provocam limitações no desenvolvimento pessoal e restringem as relações interpessoais do doente.

Ratificando esta afirmação, Sitta *et al.* referem que:

Como a linguagem é um meio de comunicação privilegiado, a perda desse instrumento torna-se, para o afásico, uma fonte de isolamento, de solidão. A tristeza, a frustração, o desespero frequentemente fazem parte da vida do afásico pela sua incapacidade de se exteriorizar e mesmo de se expressar. (SILVA ET AL. 2012, p. 1064).

Law (2001) afirmou ser a linguagem o conjunto de símbolos utilizados para determinar conceitos dentro de uma cultura. Piaget (1982) relatou que a linguagem ocorreria por uma predisposição genética, porém a atividade cerebral, por si só, não bastaria para justificar um comportamento linguístico, já que este seria o resultado de um desenvolvimento cognitivo e do conteúdo cultural e social no qual o indivíduo está inserido.

Para Carrasco (2001), a efetivação da comunicação evidencia-se por meio da linguagem. Segundo a autora, linguagem é a complexa função, relacionada ao armazenamento, evocação e combinação de símbolos, o que permite a elaboração do pensamento. A linguagem, nesse contexto, pode ser interpretada como um complexo universo constituído por muitos fatores, uma vez que o ser humano precisa lembrar e organizar os sons, acessar o léxico e a gramática e ainda conferir significado para a emissão de palavras e frases.

Na condição de sistema simbólico, a linguagem promove a interação dos participantes no processo comunicativo, uma vez que o homem está continuamente interpretando os atos comunicativos de seus semelhantes. Esta função está intimamente vinculada a outras funções como memória, atenção e atos motores necessários para articulação dos sons da fala (CARRASCO, 2011).

A fala, admitida como uma programação do sistema nervoso, inclui a percepção, organização e emissão dos sons. Assim sendo, a comunicação engloba as formas de linguagem não verbal (gestos, olhares, postura corporal) e verbal (fala e escrita) que são empregadas para transmitir uma mensagem (CARRASCO, 2001).

De acordo com De Lisa (1998) durante a conversação, a afasia se manifesta através de sintomas como: Agramatismo, Anomia, Circunlocução, Ecolalia, Jargão, Jargão Neológico, Paragramatismo, Parafasia Fonêmica, Parafasia Literal, Jargão Semântico, Parafasia Semântica e Estereótipos.

Habitualmente classificada de acordo com sua sintomatologia, a afasia tem relação com área cerebral afetada. Lewis enfatiza que:

[...] as classificações populares para as afasias são baseadas em opiniões de que o encéfalo é dividido em duas metades conectadas por vias de substância branca, onde a metade anterior desempenha função motora e a metade posterior desempenha função sensorial. Desta forma: uma lesão na região anterior causa uma afasia motora ou de execução; uma lesão posterior causa uma afasia sensorial ou receptiva; e, uma lesão entre as regiões anterior e posterior uma afasia de condução. (LEWIS, 2000, p. 22).

Pacheco (2004) afirmou que muitas são as classificações para as afasias, dentre estas, a proposta por Goodglass e Kaplan (1973) através do *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) que divide a afasia, de modo geral, em dois grandes grupos: não fluente e fluente.

Ainda segundo Pacheco (2004), as afasias não fluentes correspondem à de Broca, ocasionada por uma lesão no centro motor da fala; Transcortical Motora, provocada por uma lesão entre regiões corticais e a área de Broca; Afasia Global, decorrente da redução severa tanto na expressão quanto na recepção, e Afasia Transcortical Mista, ocasionada por redução acentuada na expressão e na recepção, mas com a capacidade de repetição intacta.

Já as fluentes englobam: Afasia de Condução, causada por uma lesão no percurso neurológico entre o centro motor e o centro para imagens auditivas das palavras; Afasia de Wernick, que surge por consequência de uma lesão no centro para as imagens auditivas das palavras; Afasia Transcortical Sensorial, ocasionada por uma lesão entre o centro de Wernick e outras regiões corticais do sistema nervoso e por fim a Anômica, caracterizada pela dificuldade em encontrar a palavra desejada sem outros déficits linguísticos sérios. (PACHECO, 2004).

Talarico, Venegas e Ortiz (2010, p. 2) sugeriram alguns tipos de Afasias, citadas comumente por vários pesquisadores, dentre elas as “[...] emissivas como as de Broca, de Condução, Transcortical Motora e Global; receptivas como as de Wernick, Transcortical Sensorial Amnésica/Anômica e outras formas mistas tais como, Afasia Transcortical Mista [...]”.

Dentre as diversas classificações, as afasias de Broca e Wernick são as mais conhecidas, podendo ser entendidas como: Broca, afasia de expressão caracterizada por lesão no córtex frontal esquerdo. Nesse tipo de afasia, a compreensão está preservada havendo dificuldade em expressar pensamentos, seja através da linguagem verbal, seja da escrita. Já a afasia de Wernick, ou afasia de recepção, origina-se de lesão no córtex

temporal posterior esquerdo e caracteriza-se por maior dificuldade na compreensão de linguagem, variando de compreensão pouco alterada até ausência desta. Ainda nesse tipo de afasia, a fala está fluente, mas, muitas vezes, desprovida de significado. (ALTSCHULER, 2006).

O diagnóstico para afasia é clínico embora os testes neuropsicológicos, com imagens cerebrais fornecidas por Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, sejam indispensáveis para identificar a causa (MOHOVIC; FIGUEIREDO, 2004).

Em relação ao prognóstico da afasia, há dependência da causa e extensão dos danos e da idade do paciente. Não havendo tratamento específico, a terapia fonoaudiológica é o procedimento mais viável de se promover a reabilitação da linguagem. Na prática clínica, essa terapêutica pode ser sinteticamente dividida em avaliação inicial, início de tratamento e reavaliações periódicas em paralelo ao desenrolar do processo. (PACHECO, 2004).

2.3. AVALIAÇÃO DA AFASIA

Ao realizar uma busca sistemática de referencial teórico de trabalhos publicados entre 1985 e 2012, em sites como PubMed, LILACS e HaPI, Casarin *et al.* (2011) fizeram referência à existência de muitos testes estrangeiros para avaliação das afasia. Coudry (2001) cita: *The Minnesota Test for Differential Diagnostic of Aphasia*, *Neurosensory Center Comprehensive Examination Profile*, *Functional Communication Profile* e o *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, além do Protocolo Montreal-Toulouse (ORTIZ; COSTA, 2011).

Dentre os testes citados no parágrafo anterior, destaca-se o Teste de Boston para Diagnóstico das Afasias ou *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), proposto por Goodglass e Kaplan em 1973 (MANSUR *et al.*, 2005; PESTANA *et al.*, 2008; ORTIZ; COSTA, 2011; CASARIN *et al.*, 2011).

Em estudo realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de 1995 a 2000, Mansur *et al.* (2002) avaliaram 192 pacientes com diagnóstico prévio de alterações de linguagem após algum acometimento neurológico. Na referida avaliação foram utilizados o *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), o *Boston Naming Test* (BNT) e o *Token Test*, sendo este último definido por Moreira *et al.* (2011)

como um instrumento comumente utilizado para avaliação da compreensão da linguagem. Ao final, identificaram que, do total examinado, 70% eram afásicos, 17% alterações funcionais de comunicação e 7% eram normais.

O BDAE é composto de uma bateria que abrange vários testes, e, conforme afirma Pacheco (2004), avalia: a articulação da palavra; a fluência oral; a nomeação; a repetição; a linguagem seriada; a gramática e a sintaxe; a parafasia; compreensão auditiva; leitura; escrita e a compreensão intelectual através de atividades para o paciente responder sim ou não.

Pestana *et al.* (2008) descrevem o teste BDAE como multifocal, uma vez que o mesmo poderia avaliar um conjunto de alterações linguísticas, as quais, em muitos casos, são decorrentes de disfunções cerebrais. Desse modo, o referido teste forneceria um perfil geral da linguagem do indivíduo avaliado, pontuando características de diversas áreas como: grau de severidade, compreensão auditiva, expressão oral, compreensão da linguagem escrita e escrita. Os autores da referida pesquisa ressaltam que levaram em consideração aspectos divergentes entre os vários idiomas, dentre eles a fonética, a morfologia, a sintaxe e a ortografia.

Ortiz e Costa (2011) afirmaram que a utilização de testes provenientes de outros países pode interferir na interpretação dos dados, dificultando, assim, a análise dos resultados, devido às diferenças linguísticas demográficas e culturais.

Em concordância, Mansur *et al.* (2005) mencionam que muitos estudos que utilizam o DBAE demonstram resultados diferentes entre indivíduos com pouca escolaridade em relação àqueles que tiveram maior acesso à educação formal; assim, o BDAE seria sensível a variáveis demográficas, em particular ao nível de escolaridade. Por esse motivo, é necessária a existência de um perfil de referência para o Brasil, no qual se respeitem as peculiaridades de linguagem e socioculturais.

Além disso, o estudo de Casarin *et al.* (2011) mostrou que tal ferramenta clínica requer um número de sessões, as quais variam de duas a oito aproximadamente, tempo de avaliação não condizente com a realidade dos serviços de saúde prestados no Brasil, onde a saúde pública é constituída por uma demanda de avaliações clínicas de múltiplas especialidades.

Mansur *et al.* (2005) afirmam que diversos pesquisadores têm direcionado seus estudos em variáveis populacionais sociodemográficas, ao realizar testes de desempenho

cognitivo e de linguagem, em países com um grande número de pessoas socialmente desfavorecidas. Embora o analfabetismo tenha sido atenuado no Brasil nos últimos anos, os autores dizem haver um contingente significativo de indivíduos considerado analfabetos funcionais.

Segundo o Indicador de Analfabetismo Funcional (INAF) (IPM, 2009, p.4), analfabeta funcional é “a pessoa que, mesmo sabendo ler e escrever, não tem as habilidades de leitura, escrita e cálculo necessárias para viabilizar seu desenvolvimento pessoal e profissional”. Ribeiro (2007, p.145) ressalta que os analfabetos funcionais não possuem “[...] a capacidade de utilizar a leitura e a escrita para fins pragmáticos em contextos cotidianos [...]”.

Dados do Indicador de Alfabetismo Funcional (IPM, 2009) apontam que a proporção de brasileiros de 15 a 64 anos classificados como analfabetos era de 27% em 2009, enquanto que 14% eram analfabetos funcionais, o que soma 41% da população que não sabe ler ou não entende o que lê. Mas, a situação dos analfabetos funcionais se mostra diferente quando são observados grupos de idade, tendo sido registrados 30% de analfabetos funcionais entre 35 e 49 anos de idade, e 52% entre 50 e 64 anos de idade, para o conjunto da população brasileira em 2009.

Segundo Coudry (2001), há uma necessidade histórica para utilização dos testes padrão de avaliação de afásicos, no sentido de se localizar topograficamente a área cerebral atingida. Conforme a autora, atualmente dispõe-se de técnicas muito mais precisas a exemplo da angiografia e da tomografia, contudo, apesar disso, ainda são aplicados os mesmos testes somente com objetivos tipológicos, fato pouco relevante, uma vez que diferentes testes fornecem classificações diferentes de afasias.

O problema estaria na ineficácia de tais procedimentos no sentido de estabelecer uma relação entre diagnóstico e prática terapêutica uma vez que: “... a classificação tipológica não evidencia os processos envolvidos nas dificuldades do afásico e não fornece instrumentos para abordá-los na reconstrução de sua linguagem.” (COUDRY, 2001, p.15).

Jakubovicz (2005) concorda com a colocação de Coudry, além de considerar que existem muitas técnicas modernas capazes de identificar a área lesionada após uma injúria cerebral e que, em virtude da inconsistência das respostas, da rápida evolução dos sintomas linguísticos e da própria recuperação espontânea, é muito difícil determinar a qual

quadro afásico o paciente pertence. Por esse motivo, a autora elaborou o Teste de Reabilitação das Afasias ou Teste do Rio de Janeiro.

O objetivo do teste proposto por Jakubovicz (2005, p.1) é avaliar a linguagem do sujeito afásico, visando direcionar aos profissionais da área da afasiologia para onde começar o trabalho de reestruturação da linguagem. Nesse sentido, a pesquisadora ressalta que “[...] o propósito de uma avaliação é, ou deveria ser descrever as características de linguagem e determinar as maneiras mais eficientes da intervenção terapêutica”.

Na avaliação de linguagem que deve ser direcionada ao sujeito, a fonoterapia se delinea como a correção ou ajustamento dos sintomas afásicos. Dessa forma, vários recursos e estratégias poderão ser utilizados, como o uso de sistemas alternativos computadorizados ou não; comunicação verbal e linguagem gestual. Além disso, várias propostas podem ser desenvolvidas, entre elas a terapia em grupo e o atendimento domiciliar (COUDRY, 2001; JAKUBOVICZ, 2005).

Talarico, Venegas e Ortiz (2010) referem que a qualidade das interações mantidas pelos afásicos faz grande diferença na reabilitação linguística e na reinserção social deles. Neste contexto, Panhoca e Pupo (2010) enfatizam o papel do cuidador durante o processo de recuperação do paciente. Para essas autoras, o cuidador poderá interferir de forma negativa na reabilitação em decorrência de estar enfrentando sobrecarga física e psicológica.

Panhoca e Pupo (2010) também salientam que o sujeito, em sua grande maioria, assume um papel de cuidador sem a devida capacitação. O não saber como lidar com todas as mudanças surgidas devido à ocorrência da patologia e a falta de conhecimento das necessidades do afásico podem provocar desgaste tanto para a pessoa cuidada, quanto para o próprio cuidador.

De acordo com Ortiz (1997, p. 27-38), existem oito modelos de escolas terapêuticas na área da afasiologia, dentre elas: a estimulação da linguagem, que é a possibilidade de trabalhar com as capacidades que estão intactas; a reorganização da função que objetiva não apenas a afasia, mas todos os demais distúrbios neuropsicológicos; a pragmática, devendo permitir que o paciente consiga o máximo de comunicação no seu dia a dia, utilizando principalmente recursos extralinguísticos ou métodos alternativos; a neurolinguística, influenciada por teorias linguísticas que se contrapõem a critérios puramente neurológicos, o que favoreceu a ampliação da discussão sobre a necessidade de condições contextualizadas e mais eficientes de avaliação e de tratamento da linguagem

afásica; já a cognitiva acredita que a linguagem é parte da estrutura cognitiva do ser humano que, por sua vez, é a representação internalizada de um mundo que está pronto, constituído de propriedades particulares a cada indivíduo.

Não seguindo nenhum destes eixos terapêuticos em sua pesquisa, Chun (2010, p. 358) realizou um trabalho de aplicação de Comunicação Suplementar/Alternativa (CSA) por dois anos com 05 pacientes que apresentavam dificuldades linguísticas e tipos variados de afasias. Ao final do estudo, a CSA mostrou-se um método eficaz, uma vez que produziu efeito positivo na qualidade da interação social do afásico. Como resultados, foram evidenciados diversos processos de significação, nos quais os pesquisados realizaram traduções linguísticas do símbolo à palavra. Segundo a autora, “a CSA trata-se de abordagem clínico-educacional que visa, de forma temporária ou permanente, apoiar, complementar, suplementar/melhorar ou substituir as formas de produção e interpretação verbal de sujeitos não falantes ou com dificuldades de linguagem”. (CHUN, 2010, p. 358).

Magalhães e Bilton (2004) esclareceram a importância de verificar se as alterações linguísticas são consideradas pelo paciente como algo que precise de ajuda para ser modificada. Embora a avaliação de linguagem tenha sido conclusiva ao identificar alterações de funcionamento linguístico, será o sujeito que irá demandar ao terapeuta uma possível intervenção clínica.

Nesse ponto, configura-se um dilema, pois, de um lado existe a consciência profissional de que um processo patológico está estabelecido e do outro há a precisão em se cumprir o princípio ético da autonomia do paciente. Para Brandt (2007), a autonomia está vinculada ao dever profissional em respeitar a vontade de seu paciente, informando-o claramente, para que este possa decidir o que é conveniente para si.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo com abordagem quantitativa, de caráter descritivo, realizado através de pesquisa de campo, utilizando-se questionário validado e adaptado às especificidades regionais da população estudada.

3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi formada por todos os pacientes que sofreram AVC, atendidos no setor de Neurologia e Geriatria do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia, em Aracaju, Sergipe, no período de fevereiro a agosto de 2012. Após a seleção dos critérios de inclusão e exclusão, o número de pacientes participantes deste estudo totalizou 31 indivíduos.

3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo indivíduos com diagnóstico de AVC e que estavam em tratamento, durante o período de estudo, por alunos do curso de Fisioterapia das disciplinas de Neurologia e Geriatria da Universidade Tiradentes à qual o referido centro de saúde é subordinado. A amostra foi composta por todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que foi previamente lido e explicado aos participantes da pesquisa e/ou aos seus familiares e/ou acompanhantes.

Não foram incluídas pessoas com qualquer acometimento demencial neurodegenerativo diagnosticado antes ou após o AVC, dentre eles Alzheimer e/ou Parkinson, ou que apresentaram histórico de distúrbios de linguagem antes do AVC.

3.4. PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador seguindo os turnos das disciplinas de Neurologia e Geriatria, portanto alguns pacientes foram avaliados no período da manhã e outros no período da tarde, no dia de seu tratamento fisioterápico. Foi cedida ao pesquisador uma sala reservada para realização da pesquisa, e pelo tempo que a investigação durasse.

Os indivíduos foram selecionados, após análise de prontuários, para identificação daqueles acometidos por AVC, uma vez que o Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia atende a todos os quadros neurológicos. Após essa etapa, os participantes eram abordados na sala de espera, e, devidamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, foram convidados a se submeter à avaliação.

Após aceitarem a participação, era-lhes solicitado, ou a seus acompanhantes, que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida o pesquisador os conduzia à sala destinada à avaliação da linguagem, antes de iniciarem as sessões de fisioterapia. Alguns voluntários preferiam realizar a avaliação da linguagem após encerramento das referidas sessões, pedido que era acatado.

A avaliação da linguagem durava em média de 40 a 50 minutos por sujeito, mas, algumas vezes, esta foi feita em dois ou três diferentes períodos, em virtude da interrupção devido a vários motivos: chegar a vez de o paciente entrar para a fisioterapia; ter chegado o transporte do avaliado; ou este se sentir cansado e não querer mais colaborar naquele dia. Assim, a investigação era continuada após a sessão fisioterápica ou em outra oportunidade, quando o paciente voltasse ao centro de saúde, ou, ainda, em outra data de sua preferência. Poucos foram os participantes que começaram e terminaram a avaliação de forma ininterrupta e nenhum se recusou a dar prosseguimento a esta pesquisa, quando da interrupção da avaliação por algum dos motivos citados.

Para avaliação da linguagem foi escolhido o Teste de Reabilitação do Rio de Janeiro (JAKUBOVICZ, 2005) que é um teste desenvolvido para as especificidades brasileiras, composto pelas seguintes provas: Compreensão/ Expressão da Linguagem Oral (linguagem coloquial, linguagem automática e linguagem associativa), Compreensão da Linguagem Oral (compreensão de palavras, compreensão de frases simples, compreensão de frases complexas, interpretação de conceitos espaciais), Compreensão/Retenção/Memória (escolha proposição/oral, compreensão opções categoria/espacial, compreensão história), Raciocínio (compreensão de absurdos,

compreensão de ordens), Expressão da Linguagem Oral (antônimos, denominação de imagens, denominação de ações, nomeação de partes do corpo, nomeação de números), Evocação (classes/ categorias), Transposições Linguísticas (repetição de palavras simples e complexas, repetição de frases simples e complexas), Leitura (letras, sílabas, rótulos, palavras, frases), Cópia (letras, palavras, frases, números), Soletração (audiovisual, audiográfica, áudio-viso-motora capacidade de organização metafórica), Ditado (letras, palavras, frases), Compreensão da Linguagem Escrita (identificação de: letras, palavras, compreensão de: frases/conceito/espacial, de números, questionário escrito, texto lido, de ordem escrita) Expressão da Linguagem Escrita (assinatura, numeração, alfabeto, completar frases, nomeação da escrita, evocação da escrita) e Organização da Linguagem Escrita (organização de sintaxe escrita, criação de frases escritas).

A pontuação do teste leva em consideração acerto, erro, autocorreção, ausência de resposta e facilitação por parte do avaliador. A marcação dos resultados é baseada em proporções. “No final de cada item aparece uma soma que é o total das tarefas pedidas e executadas [...] esse total marca os acertos e não os erros” (JAKUBOVICZ, 2005, p. 8). Na análise dos resultados, esse teste se propõe, dentre outras questões, a saber quais resíduos linguísticos estão funcionais, ou seja, qual área da linguagem deve ser priorizada no início da reabilitação.

Em virtude de se reconhecer a existência de significativa deficiência educacional no Brasil e por a pesquisa ter sido realizada em um uma clínica escola sem fins lucrativos, na qual são atendidas pessoas de diferentes condições socioeconômicas, acreditava-se encontrar uma quantidade significativa de pacientes com baixo índice de escolaridade e, dentre eles, os analfabetos e analfabetos funcionais. Por esse motivo, não foi possível utilizar neste estudo o Teste do Rio de Janeiro em sua totalidade, uma vez que tal situação traria viés aos resultados da pesquisa.

Assim, não foram considerados os seguintes itens que exigem leitura e/ou escrita: Organização da Linguagem Oral, Leitura, Cópia, Soletração, Ditado, Expressão da linguagem escrita, Compreensão da Linguagem Escrita, Compreensão/Raciocínio/Linguagem Escrita e Organização da Linguagem Escrita.

Por esse mesmo motivo, além de serem excluídas as questões de compreensão de leitura, foram retiradas as palavras “abstrato” e “flagrante”, do item de repetição de palavras complexas na prova de Transposições Linguísticas, por se entender que seu sentido não seria conhecido por grande parte dos entrevistados. As mudanças no

instrumento foram acompanhadas de alterações nas respectivas pontuações, sendo que os itens excluídos não foram contabilizados no somatório total da prova.

Foi levada em consideração, como fator de risco associado ao AVC, a referência de pelo menos um dos seguintes agravos à saúde: hipertensão arterial, níveis elevados de colesterol, diabetes, uso de fumo e/ou álcool e referência ao estresse. A variável idade foi categorizada em dois grupos, os pacientes abaixo ou igual a 65 anos e os acima de 65 anos.

3.5. VARIÁVEIS

Foram entendidas como variável dependente a ocorrência de AVC e como variáveis independentes: idade, gênero, escolaridade, estado civil, tempo decorrido de AVC, quantidade de AVCs, fatores de riscos associados e limitação das atividades de vida diárias.

3.6. PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados em relação ao estado civil, considerou-se com companheiro os que eram casados ou com convívio estável e sem companheiro os solteiros, divorciados, separados ou viúvos. A variável escolaridade foi dividida em dois grupos, os com escolaridade abaixo ou igual a fundamental incompleto, no qual se incluem os analfabetos e analfabetos funcionais, e os pesquisados com escolaridade acima de fundamental incompleto, grupo que abrange fundamental completo, médio completo e superior completo.

Foi interpretado como tendo limitação das atividades de vida diárias, os pacientes que referiram ter diminuído ou se recusado a exercer tarefas habituais de sua rotina como ir à mercearia do bairro, receber uma visita, efetuar um pagamento, atender ao telefone ou outra que necessite utilização da linguagem, por vergonha ou insegurança. Este fato foi mencionado pelo/a entrevistado/a e/ou acompanhante. Quanto à variável tempo de AVC, foi considerado o intervalo de tempo decorrido entre o AVC e o levantamento dos dados desta pesquisa.

Neste estudo, serão adotados os termos afasia de compreensão e de expressão, que Jakubovicz (2005, p. 01) descreve da seguinte forma “afasia de recepção ou

compreensão, de Wernick, sensoriais ou fluentes” como sendo as que apresentam dificuldade em “compreender o símbolo das palavras” e “afasia de expressão ou motora, de Broca ou disfluente” as que ocasionam “dificuldade em organizar as regras convencionais da língua”.

No concernente ao Teste do Rio de Janeiro (2005), avaliou-se o somatório total das provas de Compreensão/Expressão da Linguagem Oral, Compreensão Linguagem Oral, Compreensão/Retenção Memória, Raciocínio, Expressão da Linguagem Oral, Evocação e Transposições Linguísticas, não se retendo aos resultados individuais dos subitens de cada teste (protocolo adaptado em anexo).

Para a melhor distribuição dos resultados, as provas supracitadas foram divididas em duas categorias: de compreensão (Compreensão/Expressão da Linguagem Oral, Compreensão Linguagem Oral, Compreensão/Retenção Memória e Raciocínio) e de Expressão (Raciocínio, Expressão da Linguagem Oral, Evocação e Transposições Linguísticas).

A análise foi realizada com o auxílio da estatística descritiva e da estatística probabilística. Na análise descritiva foi utilizada a distribuição de frequência, cálculos da média, mediana, desvio padrão e percentis. A estatística probabilística se deu através do Teste U de Mann-Whitney, também utilizado por Mansur *et al.* (2002), para avaliar a relação dos distúrbios linguísticos com a variável independente e com os dados complementares, considerando-se o nível de significância de 0,10% e Qui-Quadrado para verificação do equilíbrio da amostra em relação ao gênero.

O cálculo dos percentis foi realizado levando-se em consideração o somatório das provas de compreensão (SPCOMP) e o somatório das provas de expressão (SPE). Para classificação da predominância da afasia de compreensão ou de expressão foram considerados três pontos de corte no valor dos percentis. No somatório das provas de compreensão os pontos de corte foram em 10%, 40% e 90% da amostra.

Neste sentido, foi considerado neste estudo que quem alcançou a partir de 98% da pontuação não tem afasia de compreensão, quem obteve entre 80% e 97 % da pontuação apresenta afasia de compreensão leve, os que atingiram de 74% a 79% têm afasia de compreensão moderada e os avaliados que alcançaram 73% ou menos apresentam afasia de compreensão grave.

O mesmo procedimento foi adotado para o somatório das provas de expressão, onde foram considerados pontos de corte em 10%, 30% e 60%. Comparando os participantes da pesquisa com estes pontos de corte foi obtido que, os que atingiram a partir de 98% da pontuação não têm afasia de expressão, quem alcançou de 97% a 88% dos escores apresentam afasia de expressão leve, os pacientes que obtiveram pontos entre 87 e 46% possuem afasia de expressão moderada e os atingiram 45% ou menos têm afasia de compreensão grave.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes, tendo sido aprovado em 31 de outubro de 2011 sob cadastro: 061011, atendendo aos termos da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Os voluntários deste estudo tiveram direito à privacidade e confidencialidade, uma vez que seus nomes e/ou sobrenomes não foram divulgados e que as informações coletadas foram utilizadas somente para os objetivos da pesquisa.

Foi oportunizada, a estes indivíduos, a liberdade em retirar seu consentimento de participação no estudo em qualquer momento. Os mesmos ainda tiveram a garantia de não sofrer nenhum dano físico ou financeiro.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo estão apresentados em forma de artigos científicos. O primeiro enviado para publicação na Revista CEFAC e o segundo, a ser enviado para a Revista Psiquiatria Clínica. Neste documento de dissertação de mestrado, os artigos estão formatados conforme instruções da Comissão Editorial das respectivas revistas.

4.1. ARTIGO I: AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADULTOS NO ESTADO DE SERGIPE

a) TITLE: ASSESSMENT OF LANGUAGE AFTER STROKE IN ADULTS IN THE STATE OF SERGIPE

b) Autores:

1. João Sigefredo Arruda (Autor Responsável) / Fonoaudiólogo / Professor Assistente da Faculdade Pio Décimo / Aracaju, Sergipe, Brasil / Mestre em Saúde e Ambiente – UNIT.
2. Francisco Prado Reis / Médico / Professor Titular e Pesquisador / Universidade Tiradentes-UNIT / Aracaju, Sergipe, Brasil / Doutor
3. Vânia Fonseca / Cientista Social / Professora Titular e Pesquisadora/ Universidade Tiradentes-UNIT e Instituto de Tecnologia e Pesquisa-ITP / Aracaju, Sergipe, Brasil / Doutor

c) Área: Linguagem

d) Tipo: Artigo Original de Pesquisa

e) Fonte de auxílio à pesquisa: Universidade Tiradentes

f) Conflito de interesses: Inexistente

RESUMO

O aumento da longevidade, na contemporaneidade, traz consigo riscos ao adoecimento de pessoas devido a enfermidades cerebrovasculares. Dentre tais agravamentos, merece destaque o Acidente Vascular Cerebral, que tem sido caracterizado como maior causa de incapacidade, e a segunda de mortalidade entre os adultos. Além dos comprometimentos motores, o Acidente Vascular Cerebral pode ocasionar sequelas na deglutição e na linguagem. Neste sentido, a afasia apresenta-se como uma alteração limitante da comunicação, função imprescindível ao ser humano. Esta pesquisa objetiva conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem nos indivíduos que sofreram Acidente Vascular Cerebral. Para tanto, foi avaliada a linguagem de todos os pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral, atendidos de fevereiro a agosto de 2012, no setor de fisioterapia de centro de referência em educação e saúde do Estado de Sergipe. A avaliação foi realizada com aplicação de um instrumento baseado no Teste do Rio de Janeiro (2005). A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e probabilística através da distribuição de frequência, cálculos da média, desvio padrão e percentis, do Teste U de Mann-Whitney e Qui-Quadrado. Foram encontrados 31 indivíduos, de ambos os gêneros, com idade variando de 30 a 94 anos. Foi evidenciado que as variáveis: gênero, escolaridade e idade influenciam no desempenho do teste, verificando-se que o gênero masculino, sujeitos abaixo de 65 anos e os com escolaridade acima de fundamental incompleto pontuam mais. Os dados ainda revelam que maior porcentagem da amostra apresenta mais alteração na compreensão do que na expressão.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Afasia; Transtornos da Linguagem; Testes de Linguagem.

ABSTRACT

The increase of longevity, nowadays, carries itself the risk of people falling ill due to cerebrovascular diseases. Among these diseases, the stroke deserves to be highlighted, and has been characterized as a major cause of disability and the second cause of mortality among adults. In addition to motor impairment, the stroke can cause sequelae in swallowing and in language. In this sense, aphasia appears as a limiting change of communication, which is an essential function to human being. This research aims to understand the occurrence of language disorders in individuals who had suffered stroke. Therefore, it was evaluated the language of all patients affected by stroke, treated from February to August 2012, in the physiotherapy sector of the Reference Center on Education and Health of the State of Sergipe. The evaluation was performed with the use of an instrument based on the Test of Rio de Janeiro (2005). Data analysis was performed using descriptive and probabilistic statistic through frequency distribution, calculation of mean, standard and percentiles deviation, the Mann-Whitney U and chi-square Test. 31 individuals were found, of both genders, aged 30 to 94 years. It was shown that the following variables: gender, education and age influence the performance of the test, verifying that the male gender, subjects below 65 years and those above incomplete elementary education punctuate more. The data also show that the higher percentage of the sample shows more change in understanding than in expression.

Keywords: Stroke; Aphasia; Language Disorders, Language Tests.

INTRODUÇÃO

Desde as épocas mais remotas, dentre os processos que se estabelecem entre as pessoas, possivelmente, a comunicação é o mais importante, e seu desenvolvimento tem relação com as funções cognitivas. Tal processo representa interações interpessoais, nas quais os participantes irão interpretar tanto seus atos comunicativos como os das outras pessoas, o que irá direcionar as relações sociais¹. Entretanto, para que a comunicação aconteça de forma funcional ao homem, há exigência da integridade de mecanismos cerebrais responsáveis pela linguagem.

O crescimento populacional e a maior expectativa de vida contribuem para o aumento do número de idosos, fato observado em quase todo o mundo². De acordo com dados demográficos, a previsão é de que, em 2020, existam 34 milhões de idosos no Brasil, dessa forma, o país terá a sexta população mais velha do mundo³.

O aumento da longevidade tem como consequência a elevação da predisposição à ocorrência de problemas circulatórios e degenerativos que, frequentemente, ocasionam danos cerebrais². Entende-se por danos cerebrais, qualquer lesão neurológica como, por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Tumores e Encefalopatias Progressivas como Mal de Parkinson e a doença de Alzheimer⁴.

O AVC pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro. A lesão vascular pode ser causada por bloqueio do fluxo sanguíneo (AVC Isquêmico), tendo como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardíacas e o *Diabetes Melitus*; ou por sangramento (AVC Hemorrágico) provocado por ruptura de vasos sanguíneos degenerados, sendo associado principalmente à HAS⁵.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, dentre as alterações neurológicas mais comuns durante o envelhecimento, o AVC é a maior causa de incapacidade entre os adultos⁵. São citadas como manifestações pós-AVC: déficits motores, incapacidade funcional, distúrbios de linguagem, disfagia (dificuldade de deglutição), depressão, desajuste social e piora na qualidade de vida. Pesquisadores relataram que os distúrbios de linguagem são as principais sequelas geradoras de incapacidades funcionais⁶.

Estudos apontaram o AVC como a principal causa da afasia, a qual pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes, atingindo até 40% na fase aguda⁷. Uma vez que o AVC, na contemporaneidade, é a causa mais relevante da ocorrência de afasia⁴, dentre as alterações linguísticas que podem acometer o adulto, é objeto deste estudo a afasia, pois interfere na cognição do indivíduo.

Pesquisadores ressaltaram que a afasia leva a alterações linguísticas que comprometem a compreensão e expressão de símbolos verbais e/ou escritos, fator que limita a comunicação tanto oral quanto escrita⁸. Dessa forma, a afasia é definida “[...] como um distúrbio adquirido da linguagem causado por lesão ou disfunção encefálica, principalmente no hemisfério esquerdo, que pode estar associado ou não

a outras alterações cognitivas interferindo na capacidade de processamento e/ou produção linguística”⁴.

Dentre as diversas classificações, as afasias de Broca e Wernick são as mais conhecidas, podendo ser entendidas como: Broca, afasia de expressão caracterizada por lesão no córtex frontal esquerdo. Nesse tipo de afasia a compreensão está preservada havendo dificuldade em expressar pensamentos com a utilização da linguagem verbal ou escrita. Já a afasia de Wernick ou afasia de recepção, origina-se de lesão no córtex temporal posterior esquerdo e se caracteriza por compreensão de linguagem pobre, variando de compreensão pouco alterada até ausência desta. Ainda nesse tipo de afasia, a fala está fluente, porém, muitas vezes, desprovida de significado¹².

A classificação proposta por Goodglass e Kaplan (1973), através do *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) divide a afasia, de modo geral, em dois grandes grupos: não fluente e fluente. Segundo a referida classificação as afasias não fluentes correspondem à de Broca e as fluentes, à de Wernick⁴.

Neste estudo, serão adotados os termos afasia de compreensão e de expressão, descritos da seguinte forma “afasia de recepção ou compreensão, de Wernick, sensoriais ou fluentes” como sendo as que apresentam dificuldade em “compreender o símbolo das palavras” e “afasia de expressão ou motora, de Broca ou disfluentes” as que ocasionam “dificuldade em organizar as regras convencionais da língua”¹³.

O diagnóstico para afasia é clínico embora os testes neuropsicológicos, com imagens cerebrais fornecidas por Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, sejam indispensáveis para identificar a causa¹⁴. Em relação ao prognóstico da afasia, há dependência da causa e extensão dos danos e da idade do paciente.

Ao realizar uma busca sistemática em trabalhos publicados no período de 1985 e 2012¹⁵, foi referido que existem muitos testes estrangeiros para avaliação das afasias. Como exemplo, cita-se: *The Minnesota Test for Differential Diagnostic of Aphasia*, *Neurosensory Center Comprehensive Examination Profile*, *Functional Communication Profile* e o *Boston Diagnostic Aphasia Examination*¹⁶, além do *Protocolo Montreal-Toulouse*¹⁷. Dentre todos os testes, destaca-se o Teste de Boston para Diagnóstico das Afasias ou *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), proposto por Goodglass e Kaplan em 1973^{15,17-18-19}.

Pesquisa realizada afirmou que a utilização de testes provenientes de outros países pode interferir na interpretação dos dados, dificultando assim a análise dos resultados, devido às diferenças linguísticas, demográficas e culturais¹⁷. Em concordância é mencionado que o BDAE seria sensível a variáveis demográficas, em particular ao nível de escolaridade¹⁸.

Dados apontam que a proporção de brasileiros de 15 a 64 anos classificados como analfabetos é de 27% em 2009, enquanto que 14% são analfabetos funcionais, o que soma 41% da população que não sabe ler ou não entende o que lê²⁰⁻²¹. Relata-se que a linguagem ocorreria por uma predisposição genética, porém a atividade cerebral por si só não bastaria para justificar um comportamento

linguístico, já que este seria o resultado de um desenvolvimento cognitivo e do conteúdo cultural e social no qual o indivíduo está inserido¹⁰. Nesse contexto, a linguagem é compreendida como o conjunto de símbolos utilizados para determinar conceitos dentro de uma cultura⁹. Esta função está intimamente vinculada a outras funções como memória, atenção e atos motores necessários para articulação dos sons da fala¹.

Com foco nos falantes Língua Portuguesa falada no Brasil, foi elaborado o Teste do Rio de Janeiro ou Teste de Reabilitação das Afasias¹³. Tal instrumento objetiva a avaliar a linguagem do sujeito afásico, visando a direcionar os profissionais da área de afasiologia por onde começar o trabalho de reestruturação da linguagem. Nesse sentido, enfatiza-se que “[...] o propósito de uma avaliação é, ou deveria ser, descrever as características de linguagem e determinar as maneiras mais eficientes da intervenção terapêutica”¹³.

Com base no exposto, surgiu o interesse em se realizar o presente estudo que objetiva a conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem em indivíduos atendidos no Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a agosto de 2012. A população de estudo foi formada por todos os pacientes, que sofreram AVC, atendidos no setor de Neurologia e Geriatria do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia. Não foram incluídas pessoas com qualquer acometimento demencial neurodegenerativo diagnosticado antes ou após o AVC, dentre eles Alzheimer e/ou Parkinson, ou que apresentaram histórico de distúrbios de linguagem antes do AVC.

Os indivíduos foram selecionados após análise de prontuários, para identificação daqueles acometidos por AVC, uma vez que o Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia atende a todos os quadros neurológicos.

Para avaliação da linguagem foi escolhido o Teste de Reabilitação do Rio de Janeiro¹³ que é um teste desenvolvido para as especificidades brasileiras, composto pelas seguintes provas: Compreensão/ Expressão da Linguagem Oral (linguagem coloquial, linguagem automática e linguagem associativa), Compreensão da Linguagem Oral (compreensão de palavras, compreensão de frases simples, compreensão de frases complexas, interpretação de conceitos espaciais), Compreensão/Retenção/Memória (escolha proposição/oral, compreensão opções categoria/espacial, compreensão história), Raciocínio (compreensão de absurdos, compreensão de ordens), Expressão da Linguagem Oral (antônimos, denominação de imagens, denominação de ações, nomeação de partes do corpo, nomeação de números), Evocação (classes/ categorias), Transposições Linguísticas (repetição de palavras simples e complexas, repetição de frases simples e complexas), Leitura (letras, sílabas, rótulos, palavras, frases), Cópia (letras, palavras, frases, números),

Soletração (audiovisual, audiográfica, áudio-viso-motora capacidade de organização metafórica), Ditado (letras, palavras, frases), Compreensão da Linguagem Escrita (identificação de: letras, palavras; compreensão de: frases/conceito/espacial, de números, questionário escrito, texto lido, de ordem escrita) Expressão da Linguagem Escrita (assinatura, numeração, alfabeto, completar frases, nomeação da escrita, evocação da escrita) e Organização da Linguagem Escrita (organização de sintaxe escrita, criação de frases escritas).

A pontuação do teste leva em consideração acerto, erro, autocorreção, ausência de resposta e facilitação por parte do avaliador. A marcação dos resultados é baseada em proporções e, na análise dos resultados, o teste utilizado se propõe, dentre outras questões, a saber quais resíduos linguísticos estão funcionais, ou seja, qual área da linguagem deve ser priorizada no início da reabilitação.

Neste estudo não foi possível utilizar o Teste do Rio de Janeiro em sua totalidade, pois, em virtude da pesquisa ter sido realizada em uma clínica escola sem fins lucrativos, portanto destinada a atender pessoas de baixo nível socioeconômico, acreditava-se encontrar, uma alta proporção de pessoas que são analfabetos funcionais, fato que traria viés à pesquisa. Ao se optar por incluir estes sujeitos, houve a necessidade de não considerar os seguintes itens que exigem leitura e/ou escrita: Organização da Linguagem Oral, Leitura, Cópia, Soletração, Ditado, Expressão da linguagem escrita, Compreensão da Linguagem Escrita, Compreensão/ Raciocínio/Linguagem Escrita e Organização da Linguagem Escrita.

Para análise dos dados, avaliou-se o somatório total das provas de Compreensão/Expressão da Linguagem Oral, Compreensão Linguagem Oral, Compreensão/Retenção Memória, Raciocínio, Expressão da Linguagem Oral, Evocação e Transposições Linguísticas, não se retendo aos resultados dos diferentes itens de cada teste (protocolo adaptado em anexo).

Objetivando a uma melhor distribuição dos resultados, as provas supracitadas foram divididas em duas categorias: de compreensão (Compreensão/Expressão da Linguagem Oral, Compreensão Linguagem Oral, Compreensão/Retenção Memória e Raciocínio) e de Expressão (Raciocínio, Expressão da Linguagem Oral, Evocação e Transposições Linguísticas).

A análise foi realizada com o auxílio da estatística descritiva e da estatística probabilística. Durante a análise descritiva foi utilizada a distribuição de frequência, cálculos da média, desvio padrão e percentis. A estatística probabilística foi realizada de acordo com o Teste U de Mann-Whitney, considerando-se o nível de significância de 0,10% e Qui-Quadrado para verificação do equilíbrio da amostra.

O cálculo dos percentis foi realizado levando-se em consideração o somatório das provas de compreensão (SPCOMP) e o somatório das provas de expressão (SPE). Para classificação da predominância da afasia de compreensão ou de expressão foram considerados três pontos de corte no valor dos percentis. No somatório das provas de compreensão os pontos de corte foram em 10%, 40% e 90% da amostra.

Neste estudo, foi considerado que quem alcançou a partir de 98% da pontuação não tem afasia de compreensão, quem obteve entre 80% e 97 % da

pontuação apresenta afasia de compreensão leve, os que atingiram de 74% a 79% têm afasia de compreensão moderada e os sujeitos que alcançaram 73% ou menos apresentam afasia de compreensão grave.

O mesmo procedimento foi adotado para o somatório das provas de expressão, nas quais foram considerados pontos de corte em 10%, 30% e 60%. Comparando os sujeitos da pesquisa com esses pontos de corte, foi obtido que os que atingiram a partir de 98% da pontuação não têm afasia de expressão, os que alcançaram de 97% a 88% dos escores apresentam afasia de expressão leve, os pacientes que obtiveram pontos entre 87 e 46% possuem afasia de expressão moderada e os que atingiram 45% ou menos têm afasia de compreensão grave.

O projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes, tendo sido aprovado em 31 de outubro de 2011 sob cadastro: 061011, atendendo aos termos da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram avaliados 31 indivíduos acometidos por AVC, destes, 22 participantes, 71%, afirmaram ter pelo menos um fator de risco associado ao AVC em comparação aos nove, 29%, que não ressaltaram tal ocorrência (TABELA 1).

Tabela 1- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS SUJEITOS POR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO AO AVC SEGUNDO O GÊNERO (ARACAJU-SE, 2012)

Fator de risco Associado ao AVC	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	Número	%	N	%
Sim	13	59,1	09	40,9	22	71,0
Não	04	44,4	05	55,7	09	29,0

N= número de pacientes avaliados

%= Frequência de pacientes avaliados

Dentre os pesquisados, 17 eram homens (53,8%) e 14 mulheres (42,5%), com variação de idade entre 30 e 94 anos. Foram encontrados 16 sujeitos (51,6%) que possuíam abaixo ou igual a 65 anos enquanto 15 (48,4 %) estavam acima de 65 anos de idade (TABELA 2).

Tabela 2- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC (ARACJU-SE, 2012)

Variável Analisada		N	%
Gênero	Masculino	17	54,8
	Feminino	14	45,2
Faixa Etária	Abaixo 65 anos	16	51,6
	Acima de 65 anos	15	48,4

N= número de pacientes avaliados

%= Frequência de pacientes avaliados

Quanto à escolaridade, 18 voluntários (58,1%) tinham escolaridade abaixo ou igual ao fundamental incompleto e 13 (41,9%) com escolaridade acima de fundamental incompleto. Quanto à idade, evidenciou-se que pessoas mais jovens possuem maior escolaridade. Entre os que apresentaram escolaridade acima do fundamental incompleto, houve maior percentual de homens, sete ou 53,8%, em comparação a seis mulheres ou 44,8% (TABELA 3).

Tabela 3- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE GÊNERO E FAIXA ETÁRIA POR ESCOLARIDADE (ARACAJU-SE, 2012)

Escolaridade	Gênero						Faixa Etária					
	Homens		Mulheres		Total		Abaixo ou Igual a 65 anos		Acima de 65 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até fundamental incompleto	10	55,6	08	44,4	18	58,1	07	38,9	11	61,1	18	58,1
Acima de fundamental incompleto	07	53,8	06	46,2	13	41,9	09	69,2	04	30,8	13	41,9

N= número de pacientes avaliados

%= Frequência de pacientes avaliados

Verificou-se influência da escolaridade no desempenho da avaliação, pois indivíduos com escolaridade acima do fundamental incompleto obtiveram melhor desempenho na maioria dos itens avaliados (TABELA 4).

Tabela 4- DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DAS PROVAS POR ESCOLARIDADE (ARACAJU-SE, 2012)

Prova	Escolaridade	N	M	DP	Mann-Whitney	
					U	P
Compreensão / expressão da linguagem oral	Até Fundamental Incompleto	18	39,4	7,9	55,5	0,011
	Acima de Fundamental Incompleto	13	42,5	6,9		
Compreensão / retenção memória	Até Fundamental Incompleto	18	47,9	5,7	59,0	0,020
	Acima de Fundamental Incompleto	13	53,5	5,5		
Raciocínio	Até Fundamental Incompleto	18	19,2	6,5	52,0	0,009
	Acima de Fundamental Incompleto	13	25,0	5,4		
Evocação	Até Fundamental Incompleto	18	20,2	8,6	60,5	0,011
	Acima de Fundamental Incompleto	13	26,7	2,6		
Transposições linguísticas	Até Fundamental Incompleto	18	40,3	13,7	65,0	0,027
	Acima de Fundamental Incompleto	13	44,3	11,1		
Somatório das provas de compreensão	Até Fundamental Incompleto	18	229,1	46,5	72,5	0,075
	Acima de Fundamental Incompleto	13	257,9	29,1		
Somatório das provas de expressão	Até Fundamental Incompleto	18	60,5	21,4	55,5	0,012
	Acima de Fundamental Incompleto	13	70,4	11,1		

N= número de pacientes avaliados

M= Média

DP= Desvio padrão

U= Valor do teste de Mann-Whitney

Ainda em relação ao gênero, foi constatado que os homens apresentaram maior média de pontos na verificação de Compreensão Retenção/Memória das Transposições Linguísticas. (TABELA 5).

Tabela 5- DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DAS PROVAS POR GÊNERO (ARACJU-SE, 2012)

Provas	Gênero	N	M	DP	Mann-Whitney	
					U	P
Compreensão / retenção memória	Masculino	17	52,6	6,4	77	0,095
	Feminino	14	48,7	5,9		
Transposições linguísticas	Masculino	17	45,1	8,2	75	0,063
	Feminino	14	38,3	16,1		
Somatório das Provas de Expressão	Masculino	17	69,0	13,8	63	0,025
	Feminino	14	59,4	21,9		

N= número de pacientes avaliados

M= Média

DP= Desvio padrão

U= Valor do teste de Mann-Whitney

Ao se comparar a variável idade com a compreensão linguagem oral e evocação (TABELA 6), a maior pontuação ocorreu entre participantes com idade menor ou igual a 65 anos.

Tabela 6- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS POR CATEGORIA DE IDADE (ARACJU-SE, 2012)

Provas	Faixa etária	N	M	DP	Mann-Whitney	
					U	P
Compreensão da linguagem oral	Até 65 anos	16	64,00	10,4	76,5	0,084
	Mais de 65 anos	15	59,2	8,3		
Evocação	Até 65 anos	16	23,7	7,6	72,5	0,036
	Mais de 65 anos	15	21,5	7,0		

N= número de pacientes avaliados

M= Média

DP= Desvio padrão

U= Valor do teste de Mann-Whitney

Dos 31 participantes do estudo, 26 (83,9%) ressaltaram limitação das atividades cotidianas e cinco (16,1%) não referem tal limitação. A comparação entre a limitação das atividades diárias com pesquisa da Evocação (TABELA 7) revelou que as pessoas com essa limitação pontuaram menos em comparação com que as que não a apresentavam.

Tabela 7- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ARACJU-SE, 2012)

Prova	Limitação das atividades de vida	N	M	DP	Mann-Whitney	
					U	P
Evocação	Sim	26	21,8	7,7	32,5	0,051
	Não	05	27,0	0,0		

N= número de pacientes avaliados

M= Média

DP= Desvio padrão

U= Valor do teste de Mann-Whitney

Baseando-se nos pontos de corte dos percentis, foi verificada compreensão normal em 10% da amostra havendo afasia de compreensão em 90%, destes 55% de nível leve, 16% moderado e 19% grave. A expressão estava normal em 42% dos pesquisados e foi encontrada afasia de expressão em 58%, dividindo-se em 12% de grau leve, 9,5% moderado e 9,5% grave. (TABELA 8).

Tabela 8- DISTRIBUIÇÃO DOS GRAUS DE AFASIA ENCONTRADOS (ARACJU-SE, 2012)

HABILIDADES AVALIADAS	NORMAL		AFASIA								TOTAL	
			LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COMPREENSÃO	03	10	17	55	05	16	06	19	28	90	31	100
EXPRESSÃO	13	42	12	39	03	9,5	03	9,5	18	58	31	100

N= número de pacientes avaliados

%= Frequência de pacientes avaliados

DISCUSSÃO

Pesquisa realizada aponta que, enquanto os AVCs predominam em homens até os 85 anos, a partir dessa idade a prevalência inverte-se e a população feminina é mais acometida. Apesar disso, os autores não chegaram a nenhuma conclusão

relativa a qual gênero é mais acometido, já que existem muitas divergências entre as pesquisas realizadas⁶.

No presente estudo, no entanto, houve predomínio de homens, fato que correspondeu aos achados descritos por outros estudos da área, a exemplo da validação do Teste do Rio de Janeiro, no qual foram avaliados 27 homens (58,7%) e 19 mulheres (41,3%)¹³, como também em pesquisa realizada no Ambulatório de Fonoaudiologia da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de 1995 a 2000, na qual foram estudados 192 afásicos, destes, 100, ou 52%, eram homens e 92, ou 48%, mulheres²².

De acordo com os achados, e segundo a proposta do Teste do Rio de Janeiro, os sujeitos com escolaridade até o fundamental incompleto pontuaram menos nas questões correspondentes a: linguagem coloquial, automática e associativa; escolha de proposições orais, compreensão de sintaxe e de história com apoio visual; compreensão de história absurda e de ordens; evocação de classes e categorias; e na repetição de proposições orais.

Verifica-se um largo intervalo de idade em pesquisas na área, como por exemplo, variação de 11 a 83 anos²², de 19 a 80 anos¹³ e de 15 a 84 anos¹⁸. A ocorrência de maior intervalo de idade nesses trabalhos pode ser justificada pelo fato de seus critérios de inclusão aceitarem, além do AVC, outras lesões cerebrais.

A afirmativa deste estudo, quanto à significância da ocorrência de AVC na população brasileira, é corroborada pela pesquisa semelhante, na qual dos 192 sujeitos do estudo, 111 pessoas ou 58% da amostra apresentaram AVC como fator etiológico de lesões cerebrais²².

Pesquisadores^{5, 7, 23} associaram a ocorrência de AVC à presença de fatores de risco, o que foi também demonstrado no presente estudo. Foi sugerido que ocorre uma menor frequência de AVC e outras etiologias cerebrovasculares em pacientes jovens, até 20 anos de idade, possivelmente por estarem menos vulneráveis aos fatores de risco⁶. Entretanto, a hipótese de que pessoas mais velhas teriam fatores de risco associados ao AVC não se confirmou no presente estudo, uma vez que esta relação não demonstrou significância quando submetida à análise estatística.

Os achados desta pesquisa revelam que o AVC, e consequentemente a afasia, acometeu principalmente pessoas em uma fase produtiva de suas capacidades laborativas e intelectuais. Dados semelhantes foram também descritos anteriormente⁶, destacando-se que a maior parte da população acometida por AVC possui idade entre 41 e 64 anos. Concordando com este raciocínio, há menção de que muitas vezes o AVC ocorre no apogeu das capacidades criativas e profissionais do acometido²⁴. No Ocidente, o AVC é considerado a causa mais relevante de incapacidade funcional, acometendo principalmente adultos e idosos³.

Por serem mais jovens e apresentarem maior escolaridade, os sujeitos deste estudo, abaixo de 65 anos, pontuaram mais quando comparados aos demais pesquisados, na avaliação da compreensão de palavras por campos associativos,

de frases simples e complexas, além de apresentarem melhor interpretação de conceitos sintáticos e espaciais.

Corroborar com os referidos achados os dados encontrados em pesquisa realizada no Ambulatório de Fonoaudiologia da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nessa pesquisa, utilizando o BDAE, ao comparar dois grupos, um de sujeitos normais e outro de afásicos, os pesquisadores verificaram que as variáveis idade e escolaridade influenciaram no desempenho de ambos os grupos¹⁸.

A influência da escolaridade ainda é evidenciada no melhor desempenho dos homens neste estudo. Uma vez que eles, por apresentarem maior escolaridade, realizaram melhores escolhas de proposições orais, apresentaram melhor compreensão de opções sintáticas e de história com apoio visual, segundo o Teste do Rio de Janeiro. Em concordância, pesquisadores referem que o baixo nível de escolaridade na amostra por eles estudada, além da localização da lesão, foi aspecto influenciador no baixo desempenho dos testes de escrita²².

Ao revelar que maior parte da amostra possui afasia, ou seja, 90% afasia de compreensão e 60% afasia de expressão, os dados deste estudo coadunam com outra pesquisa realizada utilizando-se o *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE), o *Boston Naming Test* (BNT) e o *Token Test*, na qual os pesquisadores identificaram que dos 192 avaliados, 70% eram afásicos, 17% alterações funcionais de comunicação e 7% eram normais²².

CONCLUSÃO

Foi evidenciado que as variáveis: gênero, escolaridade e idade, influenciam no desempenho do teste, verificando-se que o gênero masculino, sujeitos abaixo de 65 anos e os com escolaridade igual ou acima do ensino fundamental incompleto pontuam mais. Os dados ainda revelam que maior porcentagem da amostra apresenta mais alteração na compreensão do que na expressão.

Como os homens têm mais fatores de risco ao AVC e como quem tem mais fatores de risco tem mais AVC, conclui-se que os homens são mais acometidos por AVC e, conseqüentemente, são mais acometidos por afasia do que as mulheres.

Encontrou-se na pesquisa, também, que pessoas abaixo de 65 anos sofrem mais AVCs e, por esse motivo, apresentam mais afasia, demonstrando que a afasia se manifesta no ser humano principalmente em uma faixa etária produtiva. Apesar disso, o gênero masculino e sujeitos abaixo de 65 anos apresentarem melhor desempenho em virtude de terem escolaridade igual ou acima de fundamental.

No tocante à escolaridade, confirmou-se a hipótese de que a amostra seria composta por uma quantidade maior de pacientes com baixa escolaridade, ou seja, até fundamental incompleto, fato que vai ao encontro da escolha de se excluírem as provas de leitura e escrita neste trabalho. Os resultados identificam que pessoas

com escolaridade acima de fundamental incompleto apresentam melhor desempenho na maioria das provas.

Acredita-se que o estudo das consequências das alterações linguísticas de afásicos poderá ajudar aos profissionais de diversas áreas de conhecimento a lançar um olhar amplo sobre o sujeito e não somente sobre a patologia, o que favorecerá uma melhor compreensão do paciente e, conseqüentemente, sobre os cuidados prestados a eles, o que proporcionará um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrasco MdoCO. Fonoaudiologia Empresarial: Perspectiva de consultoria, assessoria e treinamento. São Paulo: Lovise, 2001.
2. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev Saude Publica. São Paulo, v. 21, n.3, p. 225-33, 1987.
3. Pedreira LC, Lopes RL. Cuidados Domiciliares ao Idoso que Sofreu Acidente Vascular Cerebral. Rev Bras de Enferm. Brasília, p. 837-40, set/out, 2011.
4. Pacheco R. Reabilitação Fonoaudiológica do Afásico em uma Perspectiva Focalizada no Cotidiano. 203 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Linguagem. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, 2004.
5. Magalhães LA, Bilton TL. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. Rev Dist Comunic Hum, São Paulo, p. 65-81, abr, 2004.
6. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana Decorrentes de Lesão Cerebral, Assistidos em Hospital Terciário. Rev CEFAC, São Paulo, p. 1059-66, nov/dez 2010.
7. Oliveira FF. Afasia Semântica como uma Única Manifestação de AVC Agudo. Arq Neuropsiquiatr, São Paulo, v. 68, dez 2010.
8. Sitta, El, Arakawa AM, Caldana MdeL, Peres SHdeCS. Contribuições de Estudos Transversais na Área da Linguagem com Enfoque em Afasia. Rev CEFAC. São Paulo, p. 1059-66, nov/dez 2011.
9. Law J. Distúrbios da linguagem na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
10. Piaget J. O nascimento da Inteligência na criança. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
11. De Lisa JAde, Gans BM. Tratado de medicina de reabilitação. Trad. Cristina U. Bretermitz *et al.* 4 ed. São Paulo: Manole, 1998.

12. Altschuler EL, Multari A, Hirstein W, Ramachandran VS. Situational therapy for Wernicke's aphasia. *Medical Hypotheses*. n. 6, p. 713-716, 2006.
13. Jakubovicz R. *Teste de Reabilitação das Afasias* – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
14. Mahovic T, Figueiredo LFP. A Investigação na Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral (AVC). In: *Estratégia para a Suspeita de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica*. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 50, n. 2, 2004.
15. Casarin FS, Pagliarin KC, Koehler CR de O, Fonseca RP. Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. *Rev CEFAC*. n. 13, v.5, p.917-925. São Paulo, 2011.
16. Coudry MIH. *Diário de Narciso: Discurso e afasia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
17. Ortiz KZ, Costa FP da. Aplicação do teste M1-Alpha em sujeitos normais com baixa escolaridade: estudo piloto. *J Soc Bras Fon*. v.23, n.3, 2011.
18. Mansur LL. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination - portuguese version: a reference guide for the brazilian population. *Braz J Med Bio Res*. v. 38, p. 277-292. São Paulo, 2005.
19. Pestana KMS, Maia LACR, Leite RS, Silva CF. Tradução e adaptação para a língua portuguesa da bateria de avaliação de afasias e perturbações relacionadas: estudo piloto, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0460.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.
20. INSTITUTO PAULO MONTENEGRO - INAF. Indicador de Alfabetismo Funcional 2009: principais resultados. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/ipm/relatorios/relatorio_inaf_2009.pdf>. Acesso em: 09 abril 2012.
21. Ribeiro VM. Analfabetismo Funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *Rev Educ Socie*. n. 60. dez 2007.
22. Mansur LL, Radanovic M, Rüegg D, Mendonça LIZ de, Scaff M. Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. *Med J*. v.6, p.170-4. São Paulo, 2002.
23. Ballone GJ. Estresse. *Psiquweb*, Programa de Psiquiatria Clínica na Internet, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://meusite.osit.com.br/ballone>>. Acesso em: 20 abril 2011.
24. Panhoca I, Pupo ACdeS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *Rev CEFAC*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1059-66, mar/abr, 2010.

4.2. ARTIGO II: RELAÇÃO ENTRE DIFICULDADES LINGUÍSTICAS E LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS EM ADULTOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CHARACTERIZATION OF SOCIAL RELATIONS OF INDIVIDUALS WITH LANGUAGE DIFFICULTIES AFTER STROKE

João Sigefredo Arruda¹, Francisco Prado Reis², Vânia Fonseca³

1. Mestrando em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju-SE;
2. Faculdade de Medicina, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju-SE;
3. Instituto de Pesquisa e Tecnologia, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju-SE

RESUMO

O processo comunicativo é evidenciado como elemento imprescindível às relações estabelecidas entre as pessoas. Entretanto, para que o processo comunicativo possa acontecer de forma funcional ao ser humano, há necessidade da integridade dos mecanismos cerebrais responsáveis pela linguagem. O envelhecimento da população, presenciado na atualidade, gera a predisposição à ocorrência de lesões cerebrovasculares. Dentre estas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem sido caracterizado como maior causa de incapacidade entre os adultos. Além de limitações físicas, o AVC pode levar à ocorrência de afasia. Devido a tal motivo, objetiva-se a conhecer o impacto das alterações de linguagem nas atividades de vida diárias em pessoas que foram acometidas por AVC. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, composta por todos os pacientes que sofreram AVC, atendidas no período de fevereiro a agosto de 2012, em centro de educação e saúde de referência no Estado de Sergipe. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e probabilística, através da distribuição de frequência, médias e desvio padrão, e do Teste U de Mann-Whitney. Foram encontrados 31 indivíduos, de ambos os gêneros, com idade variando de 30 a 94 anos. Foi evidenciado que a maioria, 26 pacientes ou 83,9%, ressalta limitação das atividades de vida diárias.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Afasia, Relações Interpessoais.

ABSTRACT

The communication process is evidenced as an indispensable element to the relationships established between people. However, in order to the communicative process be able to happen in a functional way to human being, there is a need of integrity of the brain mechanisms responsible for language. The aging of the population, witnessed nowadays, generates a predisposition to the occurrence of cerebrovascular lesions. Among these, the cerebrovascular accident (CVA), or stroke, has been characterized as the largest cause of disability among adults. In addition to physical limitations, the stroke can lead to the occurrence of aphasia. Due to this reason, the objective is to understand the impact of language impairment in daily living activities in people who have been affected by CVA. It is about a quantitative research, consisting of all stroke patients treated at the period from February to August of 2012 at the Reference Center on Education and Health in the state of Sergipe. Data analysis was performed using descriptive and probabilistic statistics through frequency distribution, mean and standard deviation, and the Mann-Whitney U Test. 31 individuals were found, of both genders, aged 30 to 94 years. It was shown that the majority, 26 patients or 83.9%, underscores limitation of daily living activities.

Keywords: Stroke, Aphasia, Interpersonal Relations

INTRODUÇÃO

Desde as épocas mais remotas, a comunicação é, possivelmente, o mais importante dentre os processos que se estabelecem entre as pessoas, e seu desenvolvimento tem relação com as atividades e funções cognitivas.

A comunicação representa interações interpessoais, nas quais os participantes irão interpretar tanto seus atos comunicativos como os das outras pessoas. Por considerar que o ser humano passa a maior parte do tempo no exercício de algum tipo de comunicação, tal ação conjunta irá direcionar as relações sociais como, por exemplo, em ambientes profissionais e domésticos¹. Entretanto, para que o processo comunicativo aconteça de forma funcional ao homem, há exigência da integridade de mecanismos cerebrais responsáveis pela linguagem. Dentre as alterações linguísticas que podem acometer o adulto, a afasia é objeto deste estudo, pois interfere na cognição do indivíduo.

O aumento do número de idosos é observado em quase todo o mundo². De acordo com dados demográficos, a previsão é de que em 2020 existam 34 milhões de idosos no Brasil, assim, o país terá a sexta população mais velha do mundo³.

Pessoas mais velhas apresentarão predisposição a alterações orgânicas intrínsecas ao envelhecimento tais como a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, dentre as alterações neurológicas mais comuns durante o envelhecimento, o AVC é a maior causa de incapacidade e a segunda, de mortalidade entre os adultos⁴.

O AVC pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro. Essa lesão vascular pode ser causada por bloqueio do fluxo sanguíneo (AVC Isquêmico), tendo como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardíacas e o *Diabetes Melitus*; ou por sangramento (AVC Hemorrágico) provocado por ruptura de vasos sanguíneos degenerados, sendo associado principalmente à HAS⁴.

São citadas como manifestações pós-AVC: déficits motores, incapacidade funcional, distúrbios de linguagem, disfagia (dificuldade de deglutição), depressão,

desajuste social, piora na qualidade de vida⁷ e diminuição da capacidade de desempenhar suas atividades cotidianas³. Os distúrbios de linguagem são apontados como uma das principais causas de incapacidades funcionais⁷.

A incapacidade funcional, na pessoa que sofreu AVC, gera impacto significativo em seu cotidiano o que, possivelmente, provoca muitos conflitos de ordem familiar, surgidos a partir dos cuidados que necessitam ser prestado aos sujeitos que apresentam sequelas após esse acometimento³.

Os indivíduos com lesões cerebrais decorrentes de AVC, dentre outros fatores, geralmente podem apresentar alterações nas áreas de linguagem, como a afasia⁶⁻⁷. O AVC é, na contemporaneidade, a causa mais relevante da ocorrência de afasia^{4-5,9}, a qual pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes, atingindo até 40% na fase aguda⁸.

Dentre as diversas classificações, as afasias de Broca e Wernick são as mais conhecidas, podendo ser entendidas como: Broca, afasia de expressão caracterizada por lesão no córtex frontal esquerdo. Nesse tipo de afasia, a compreensão está preservada havendo dificuldade em expressar pensamentos com a utilização da linguagem verbal ou escrita. Já a afasia de Wernick, ou afasia de recepção, origina-se de lesão no córtex temporal posterior esquerdo e se caracteriza por dificuldade na compreensão da linguagem, variando de compreensão pouco alterada até ausência desta. Ainda neste tipo de afasia, a fala está fluente, porém, muitas vezes, desprovida de significado⁵⁻⁸.

As alterações de comunicação oriundas da afasia podem dificultar ou incapacitar a interação do sujeito com o ambiente onde vive, o que limitaria a realização das Atividades de Vida Diárias (AVDs) do afásico, fato que pode levá-lo ao isolamento social¹¹.

Haja vista o exposto, entende-se que a pessoa com defasagem linguística em decorrência da afasia ficará fora do padrão considerado normal, uma vez que passará a ter dificuldades em dominar um ou mais níveis de linguagem. Tal circunstância ocasiona consequências negativas do ponto de vista emocional e até econômico, não só para o doente como para seus familiares.

Dessa forma, a afasia poderá desestruturar o ritmo de vida do doente, uma vez que afetará suas capacidades física e cognitiva, e ocasionará deterioração em suas relações familiares e laborais. Por esse motivo, surgiu o interesse em realizar o presente estudo, que objetiva conhecer o impacto das alterações de linguagem nas atividades cotidianas em pessoas que foram acometidas por AVC.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a agosto de 2012. A população de estudo foi formada por todos os pacientes que sofreram AVC atendidos no setor de Neurologia e Geriatria do “Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia”, na cidade de Aracaju - SE. Não foram incluídas pessoas com qualquer acometimento demencial neurodegenerativo diagnosticado antes ou após o AVC, dentre eles Alzheimer e/ou Parkinson, ou que apresentaram histórico de distúrbios de linguagem antes do AVC.

Os indivíduos foram selecionados após análise de prontuários, para identificação daqueles acometidos por AVC, uma vez que o Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia atende a todos os quadros neurológicos.

Os dados foram coletados através de questionário semiestruturado elaborado pelos autores desta pesquisa, baseado no questionário, direcionado à família e/ou paciente, do Teste de Reabilitação do Rio de Janeiro que é um teste desenvolvido para avaliação da linguagem de afásicos voltado às especificidades brasileiras.

As perguntas abordaram temas referentes às características socioculturais; história da doença; hábitos linguísticos (linguagem oral e escrita antes do AVC); a afinidade entre linguagem e relações interpessoais antes e após o AVC e referência à limitação das atividades de vida diárias.

Os pacientes que referiram ter diminuído ou se recusado a exercer tarefas habituais de sua rotina como ir à mercearia do bairro, receber uma visita, efetuar um pagamento, atender ao telefone ou outra atividade que necessite utilização da linguagem, por vergonha ou insegurança foram considerados como tendo limitações de vida diárias.

A análise foi realizada com o auxílio da estatística descritiva e da estatística probabilística. Durante a análise descritiva, foi utilizada a distribuição de frequência, cálculos da média e desvio padrão. O auxílio de estatística probabilística se deu através do Teste U de Mann-Whitney, considerando-se o nível de significância de 0,10% e Qui-Quadrado para verificação do equilíbrio da amostra.

O projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes, tendo sido aprovado em 31 de outubro de 2011 sob cadastro: 061011, atendendo aos termos da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram avaliados 31 indivíduos acometidos por AVC. A avaliação da linguagem desses pacientes revelou maior dificuldade de compreensão do que expressão, mostrando compreensão normal em 10% da amostra e havendo afasia de compreensão em 90%. Foram verificadas expressão normal em 42% dos pesquisados e afasia de expressão em 58% do total.

Do total, 17 eram homens (53,8%) e 14 mulheres (42,5%), com variação de idade entre 30 e 94 anos. Foram encontrados 16 sujeitos (51,6%) que possuem idade abaixo ou igual a 65 anos enquanto 15 (48,4 %) estavam acima de 65 anos de idade (TABELA 1).

Tabela 1- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC (ARACAJU-SE, 2012)

VARIÁVEL ANALISADA		N	%
GÊNERO	Masculino	17	58,4
	Feminino	14	45,2
FAIXA ETÁRIA	Abaixo 65 anos	16	51,6
	Acima de 65 anos	15	48,4

N= Número de pacientes avaliados

%= Frequência de pacientes avaliados

Houve significância estatística ao se comparar Estado Civil com Tempo de AVC. Nesta situação, os sujeitos sem companheiro apresentaram maior tempo

decorrido de AVC, ou seja, média de 82,4 meses. Já os pacientes com companheiro referiram ter em média 48,7 meses de tempo decorrido de AVC (TABELA 2).

Tabela 2- DISTRIBUIÇÃO DE TEMPO DECORRIDO DE AVC POR ESTADO CIVIL (ARACAJU-SE, 2012)

ESTADO CIVIL	TEMPO DECORRIDO DE AVC			MANN- WHITNEY	
	N	M	DP	U	P
SEM COMPANHEIRO	14	82,4	64,4	74	0,072
COM COMPANHEIRO	17	48,7	56,7		

LAVDs= Limitação das atividades de vida diárias

N= Número de pacientes avaliados
M= Média

DP= Desvio padrão
U= Valor do teste de Mann-Whitney

Dos 31 participantes do estudo, 26 (83,9%) ressaltam limitação das atividades de vida diárias e cinco (16,1%), não. A comparação entre a Limitação das Atividades de Vida Diárias com a prova de Evocação (TABELA 3) revelou que as pessoas com LAVDs pontuaram menos em comparação com que as que não apresentavam LAVDs.

Tabela 3- DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIAS DAS PROVAS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ARACAJU-SE, 2012)

PROVAS	LAVDs	N	M	DP	MANN- WHITNEY	
					U	P
EVOCAÇÃO	Sim	26	21,8	7,7	32,5	0,051
	Não	05	27,0	0,0		

LAVDs= Limitação das atividades de vida diárias

N= Número de pacientes avaliados
M= Média

DP= Desvio padrão
U= Valor do teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Pesquisa realizada aponta que, enquanto os AVCs predominam em homens até os 85 anos, a partir dessa idade a prevalência se inverte e a população feminina é mais acometida. Apesar disto, os autores não chegaram a nenhuma conclusão sobre qual gênero é mais acometido, já que existem muitas divergências entre as pesquisas realizadas⁷.

No presente estudo, no entanto, houve predomínio de homens, fato que correspondeu aos achados descritos por outros estudos da área, a exemplo da validação do Teste do Rio de Janeiro, no qual foram avaliados 27 homens (58,7%) e 19 mulheres (41,3%)¹², como também em pesquisa realizada no Ambulatório de Fonoaudiologia da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 1995 a 2000, na qual foram estudados 192 afásicos, desses, 100 ou 52% eram homens e 92 ou 48%, mulheres¹³.

Verifica-se um largo intervalo de idade em pesquisas na área, a exemplo da variação de 11 a 83 anos¹³, de 19 a 80 anos¹² e de 15 a 84 anos¹⁴. A ocorrência de maior intervalo de idade nesses trabalhos pode ser justificada pelo fato de seus critérios de inclusão aceitarem, além do AVC, outras lesões cerebrais.

Os achados desta pesquisa revelam que o AVC, e, conseqüentemente a afasia, acometeram principalmente pessoas em uma fase produtiva de suas capacidades laborativas e intelectuais. Dados semelhantes foram também descritos anteriormente⁸, destacando-se que a maior parte da população acometida por AVC possui idade entre 41 e 64 anos. Concordando com este raciocínio, há menção de que muitas vezes o AVC ocorre no apogeu das capacidades criativas e profissionais do acometido¹¹. No Ocidente, o AVC é considerado a causa mais relevante de incapacidade funcional, acometendo principalmente adultos e idosos³.

A relação à qual os sujeitos sem companheiro apresentaram maior tempo decorrido de AVC pode ser justificada por se compreender que a falta de companheiro faz que com as pessoas se sintam menos motivadas a procurar tratamento precoce.

A limitação das atividades de vida diárias referida pela maioria dos sujeitos desta pesquisa coincide com os dados de pesquisa, a qual afirma que além das alterações de comunicação, a afasia gera impacto na vida social dos pacientes, destacando-se a diminuição da probabilidade de retorno para as atividades profissionais⁶. Esse impacto acontece porque, com frequência, os sujeitos afásicos também apresentam comprometimentos motores, que os tornam ainda mais dependentes de outra pessoa para o exercício de suas AVDs⁴. Em consonância com essa visão, estudos afirmam que as alterações decorrentes da afasia provocam limitações no desenvolvimento pessoal e restringem as relações interpessoais do doente¹⁵.

Ratificando a afirmação do parágrafo anterior, há referência de que, como a linguagem é um meio de comunicação privilegiado, a perda desse instrumento torna-se, para o afásico, uma fonte de isolamento, de solidão. Dessa forma a tristeza, a frustração, o desespero frequentemente fazem parte da vida do afásico em virtude de sua incapacidade de se exteriorizar ou de se expressar⁶.

O pior desempenho no teste de evocação justifica a limitação das atividades de vida diárias, referida pela maioria dos pesquisados. Uma vez que evocação pode ser compreendida como a capacidade de acessar classes e categorias armazenadas na memória ¹², soma-se à alteração no desempenho dessa função a maior dificuldade de compreensão da linguagem, situações que afetam a realização de atividades cotidianas.

CONCLUSÕES

Com base no exposto, foi depreendido que a afasia se apresenta como patologia limitante de um importante meio de interação do homem, a linguagem. Assim sendo, esse acometimento é caracterizado por alteração da linguagem expressiva e/ou receptiva após o indivíduo sofrer um dano cerebral.

Foi identificado que a maioria dos sujeitos, que apresentam algum tipo de alteração linguística decorrente do AVC possui limitação ou incapacidade na realização de suas Atividades de Vida Diárias (AVDs). A diminuição de autonomia

ocasiona consequências negativas do ponto de vista emocional e até econômico, não só para o doente como também para seus familiares, levando o afásico, na maioria dos casos, ao isolamento uma vez que houve diminuição significativa da interação destes sujeitos com o ambiente onde estão inseridos.

Observa-se que a maioria das pesquisas enfoca a identificação dos tipos mais recorrentes de lesões cerebrovasculares, sua localização, além das repercussões motoras dos danos à saúde de um indivíduo, nesse sentido, pouco se discute quanto à relação entre afasia e as relações interpessoais.

A partir disso, ratifica-se a necessidade de conhecimento a respeito das limitações e potencialidades linguísticas deste tipo de paciente não apenas à luz das teorias neurocientíficas e terapêuticas, mas, sobretudo como um ser angustiado por estar inserido em um universo altamente comunicativo, no qual o domínio da linguagem é fator de destaque nas relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. Carrasco MdoCO. Fonoaudiologia Empresarial: Perspectiva de consultoria, assessoria e treinamento. São Paulo: Lovise, 2001.
2. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev Saude Publica. São Paulo, v.21, n.3, p. 225-33, 1987.
3. Pedreira LC, Lopes RL. Cuidados Domiciliares ao Idoso que Sofreu Acidente Vascular Cerebral. Rev Bras de Enferm. Brasília, p. 837-40, set/out, 2011.
4. Pacheco R. Reabilitação Fonoaudiológica do Afásico em uma Perspectiva Focalizada no Cotidiano. 203 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Linguagem. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, 2004.
5. Magalhães LA, Bilton TL. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. Rev Dist Comunic Hum, São Paulo, p. 65-81, abr, 2004.

6. Sitta, EI, Arakawa AM, Caldana MdeL, Peres SHdeCS. Contribuições de Estudos Transversais na Área da Linguagem com Enfoque em Afasia. Rev CEFAC. São Paulo, p. 1059-66, nov/dez 2011.
7. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana Decorrentes de Lesão Cerebral, Assistidos em Hospital Terciário. Rev CEFAC, São Paulo, p. 1059-66, nov/dez 2010.
8. Altschuler EL, Multari A, Hirstein W, Ramachandran VS. Situational therapy for Wernicke's aphasia. Medical Hypotheses. n. 6, p. 713-716, 2006.
9. Oliveira FF. Afasia Semântica como uma Única Manifestação de AVC Agudo. Arq Neuropsiquiatr, São Paulo, v. 68, dez 2010.
10. De Lisa JA de, Gans BM. Tratado de medicina de reabilitação. Trad. Cristina U. Bretermitz *et al.* 4 ed. São Paulo: Manole, 1998.
11. Panhoca I, Pupo ACdeS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. Rev CEFAC, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1059-66, mar/abr, 2010.
12. Jakubovicz R. Teste de Reabilitação das Afasias – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
13. Mansur LL, Radanovic M, Rüegg D, Mendonça LIZ de, Scaff M. Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. Med J. v.6, p.170-4. São Paulo, 2002.
14. Mansur LL. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination - portuguese version: a reference guide for the brazilian population. Braz J Med Bio Res. v. 38, p. 277-292. São Paulo, 2005.
15. Chun RYS. Processos de Significação de Afásicos Usuários de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 598-603, dez. 2010.

5. CONCLUSÕES GERAIS

Foi evidenciado que as variáveis: gênero, escolaridade e idade influenciam no desempenho do teste, verificando-se que o gênero masculino, sujeitos abaixo de 65 anos e os com escolaridade acima do fundamental incompleto pontuam mais. Os dados ainda revelam que uma maior porcentagem da amostra apresenta mais alteração na compreensão do que na expressão.

Como os homens têm mais fatores de risco que predispõem ao AVC, e como quem tem mais fatores de risco tem mais AVC, conclui-se que os homens são mais acometidos por AVC e, conseqüentemente, são mais acometidos por afasia do que as mulheres.

Foi também identificado na pesquisa que pessoas abaixo de 65 anos sofrem mais AVC e, por esse motivo, apresentam mais afasia, demonstrando que a afasia se manifesta no ser humano principalmente em uma faixa etária produtiva. Apesar disso, o gênero masculino e sujeitos abaixo de 65 anos pontuam mais em virtude de possuírem escolaridade igual ou acima de fundamental incompleto.

No tocante à escolaridade, confirmou-se a hipótese de que a amostra seria composta por uma quantidade maior de pacientes com baixa escolaridade, ou seja, até o fundamental incompleto, fato que vai ao encontro da opção por excluir as provas de leitura e escrita neste trabalho. Os resultados identificam que pessoas com escolaridade acima do fundamental incompleto apresentam melhor desempenho na maioria das provas.

No que tange ao tempo de AVC, foi constatado que indivíduos que referem ter tido AVC há menos de 36 meses, tiveram mais AVCs. Os pacientes sem companheiro tiveram maior tempo decorrido do AVC.

Uma vez que os participantes com LAVDs pontuaram menos que os demais, evidencia-se que as alterações linguísticas, bem como as físicas, são aspectos influenciadores das relações interpessoais dos afásicos, sejam elas pessoais ou profissionais.

Acredita-se que o estudo das consequências das alterações linguísticas de afásicos poderá ajudar aos profissionais de diversas áreas de conhecimento a lançar um olhar amplo sobre o sujeito e não somente sobre a patologia, o que favorecerá uma melhor compreensão do paciente.

A visão da situação dos portadores de afasia pós-AVC, no meio estudado, pode contribuir para o reconhecimento da realidade desses sujeitos gerando, conseqüentemente, um novo olhar sobre os cuidados prestados a eles, além de favorecer sua inserção numa vida mais funcional.

REFERÊNCIAS

- ALTSCHULER, Eric Lewin *et al.* Situational therapy for Wernicke's aphasia. **Medical Hypotheses**. n. 6, p. 713-716, 2006.
- BALLONE, Geraldo José. Estresse. **Psiquweb, Programa de Psiquiatria Clínica na Internet**, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://meusite.osit.com.br/ballone>>. Acesso em 20 abr. 2011.
- BICALHO, Viviane Souza. **Manifestações linguísticas em doenças cerebrovasculares por anemia falciforme: estudo de casos**. 2009. Monografia (Graduação em Fonoaudiologia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2009.
- BRANDT, Reynaldo André; MONZILLO Paulo Helio. Ética em saúde. **Educação Continuada em Saúde**. v. 5, n. 3, p. 91-92, 2007.
- CARRASCO, Maria do Carmo Oliveira. **Fonoaudiologia empresarial: Perspectiva de consultoria, assessoria e treinamento**. São Paulo: Lovise, 2001.
- CASARIN, Fabíola Schwengber *et al.* Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. **Revista CEFAC**. n. 13, v.5, p.917-925. São Paulo, 2011.
- CHUN, Regina Yu Shon. Processos de Significação de afásicos usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 598-603, dez. 2010.
- COUDRY, Maria Irma Hadler. **Diário de Narciso: Discurso e afasia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- DE LISA, Joel A de; GANS, Bruce M. **Tratado de medicina de reabilitação**. Tradução por Cristina Uras Bretermitz *et al.* 4 ed. São Paulo: Manole, 1998.
- GALL, Franz Joseph; SPURZHEIM, Johann. **Untersuchungen ueber die anatomie des nervensystems ueberhaupt, und des gehirns insbesondere**. Paris: Treuttel e Würtz, 1809,
- GALLI, Juliana Ferreira Marcolino; OLIVEIRA, Jáima Pinheiro; DELIBERATO, Débora. Introdução da comunicação suplementar e alternativa na terapia com afásicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 402-410, 2009.
- GOLDSTEIN, Kurt. **Human nature in the light of psychopathology**. Cambridge: Harvard University Press, 1940.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Em 2010, esperança de vida ao nascer era de 73,48 anos**. Sala de Imprensa. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em 13 abr. 2012.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO - INAF. **Indicador de Alfabetismo Funcional 2009:** principais resultados. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/ipm/relatorios/relatorio_inaf_2009.pdf>. Acesso em: 09 abril 2012.

JAKUBOVICZ, Regina. **Teste de Reabilitação das Afasias – Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

LAW, James. **Distúrbios da linguagem na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

LEWIS, P Rowland. **Tratado de neurologia**. Tradução por Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e Fernando Diniz Mundim. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MAGALHÃES, Luana Almeida; BILTON, Tereza Loffredo. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. **Revista Distúrbios da Comunicação Humana**, São Paulo, p. 65-81, abr., 2004.

MAHOVIC, Tatiana; FIGUEIREDO, Luiz Francisco Poli. A investigação na fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC). In: Estratégia para a Suspeita de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2004.

MANSUR, Letícia Lessa *et al.* Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. **Medical Journal**. v.6, p.170-4. São Paulo, 2002.

_____. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination - portuguese version: a reference guide for the brazilian population. **Brazilian Journal of Medical and Biological Reserch**. v. 38, p. 277-292. São Paulo, 2005.

MOREIRA, Lafaiet *et al.* Estudo normativo do *Token Test* versão reduzida: dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. **Revista Psiquiatria Clínica**. v. 3, p. 97-101, 2011.

OLIVEIRA, Fabrício Ferreira. Afasia semântica como uma única manifestação de AVC agudo. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, dez, 2010.

ORTIZ, Karin Zazo. Avaliação e terapia dos distúrbios neurológicos da linguagem e da fala. In: LOPES FILHO, Otacílio. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

_____; COSTA, Flávia Pereira da. Aplicação do teste M1-Alpha em sujeitos normais com baixa escolaridade: estudo piloto. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v.23, n.3, 2011.

PACHECO, Roberto. **Reabilitação fonoaudiológica do afásico em uma perspectiva focalizada no cotidiano**. 2004. 203 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Linguagem). Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, 2004.

PANHOCA, Ivone; PUPO, Aline Cristina de Salles. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1059-66, mar/abr, 2010.

PEDREIRA, Larissa Chaves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, p. 837-40, set/out, 2011.

PESTANA, Karina Maria Sousa *et al.* Tradução e adaptação para a língua portuguesa da bateria de avaliação de afasias e perturbações relacionadas: estudo piloto, 2008. **Psicologia.Com.Pt**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0460.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

PIAGET, Jean. **O nascimento da Inteligência na criança**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

RIBEIRO, Vera Masagão. Analfabetismo funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Revista Educação e Sociedade**. n. 60. dez, 2007.

SITTA, Érica Ibelli *et al.* Contribuições de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**. São Paulo, p. 1059-66, nov/dez, 2011.

TALARICO, Thais Rodrigues; VENEGAS, Mayra Jacuviske; ORTIZ, Karin Zazo. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Revista CEFAC**, São Paulo, p. 1059-66, nov/dez, 2010.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n.3, p. 225-33, 1987.

APÊNDICE

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado autorizo João Sigefredo Arruda, Mestrando em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, devidamente assistido por seus orientadores, Prof. Dr. Francisco Prado Reis e a Profa. Dra. Vânia Fonseca a desenvolver a pesquisa Avaliação da Linguagem Após Acidente Vascular Cerebral em Adultos no Estado de Sergipe, cujo objetivo é conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem em indivíduos que sofrem AVC.

Descrição de Procedimentos:

- Este estudo obedece às diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília –DF.
- Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nome e sobrenome) do participante não será divulgada. Porém, os voluntários assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.
- O participante tem liberdade de retirar seu Consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao mesmo.
- Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.
- As informações coletadas no questionário somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- Em nenhum momento o (a) Senhor (a) terá prejuízo financeiro e/ou no tratamento que realiza nesta Instituição.
- Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.
- Os riscos desta pesquisa serão visualizados a partir do momento que o participante da coleta de dados apresentar indícios que indiquem comprometimento do seu equilíbrio emocional, o qual poderá ser sinalizado após análise do Teste. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de que qualquer risco não descrito e/ou não previsível que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade do pesquisador.
- Como benefício, este estudo trará o conhecimento das dificuldades linguísticas vivenciadas por quem sofreu AVC como intuito de saber quais resíduos linguísticos são funcionais para assim se identificar as melhores e mais eficazes estratégias de readaptação da linguagem.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, (79) 3218-2100, ramal 2593.

Consentimento Pós-Esclarecimento: Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e, ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa supracitada.

Aracaju, ____ de _____ de 2012.

Participante voluntário da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO COM A FAMÍLIA OU COM O PACIENTE

Data da entrevista
Nome de quem prestou as informações

I. Identificação pessoal

Nome:
Idade:
Endereço:
Telefone:
Nível de instrução:
Profissão:
Nome de quem forneceu as informações:

II. Dados sobre a doença

O que ocasionou o problema:
Data do início do problema:
Local onde estava:
Hospitalização?
Já teve outros acidentes vasculares?
Quantos? Datas:
Medicamentos que toma atualmente:
Relaxantes? Para dormir?
Anticonvulsivos? Outros:
Nome e telefone do médico que atende o paciente:
Nome e telefone do fisioterapeuta que atende o paciente:

III. Dados sobre as condições físicas

O paciente tem algum problema visual?
Usa óculos? Com que finalidade?
O paciente tem algum problema auditivo?
Usa prótese? Em que ouvido?
O paciente tem algum problema para andar?
Lado esquerdo? Lado direito?
Qual a sua dominância manual?
Deglute bem a comida? Engole logo?

IV. Dados pessoais

Nome dos familiares:
Estado Civil:
Esposa/Marido:
Irmãos:
Filhos:
Netos:
Com quem mora:
Quem cuida do paciente?

Com que pessoa se relaciona melhor na casa:
Sociabilidade (associações, clubes, etc.)
Lazer preferido (esportes, coleções)

QUESTIONÁRIO COM A FAMÍLIA OU COM O PACIENTE

V. Dados sobre a linguagem

Qual a língua materna?
Quantas línguas fala?
Hábitos anteriores de escrita:
Hábitos anteriores de leitura:
As pessoas compreendem o que fala?
Como reagem se não compreendem?
Era muito falante? E agora?
Utiliza os gestos?
Mostra sinais de ser consciente do seu problema de fala?
Já fez tratamento para o problema de comunicação?
Quais os resultados?
De que maneira a família ajuda na comunicação?

VI. Dados psicológicos

Qual palavra descreve melhor o comportamento do paciente?
Tímido Expansivo
Independente Dependente
Amável Seco
Autoritário Conformado
Interessado Desligado
Medroso Corajoso
Controla as emoções? Tem crises de raiva
Mais informações não perguntadas?
.....
.....
.....
Nome de quem fez a entrevista:

ANEXO B: TESTE DE REABILITAÇÃO DAS AFASIAS/TESTE DO RIO DE JANEIRO (2005) MODIFICADO (2012)

LEGENDA DAS RESPOSTAS		
C= CERTO	AUT= AUTOCORREÇÃO	FAC= FACILITAÇÃO
E= ERRADO	SR= SEM RESPOSTA	

COMPREENSÃO / EXPRESSÃO DA LINGUAGEM ORAL

LINGUAGEM COLOQUIAL

1. Como vai? Meu nome é..... e o seu?.....

FAC. Você se chama?.....

2. Qual a sua idade?

FAC. Eu tenho..... O Sr. /Sra. tem?.....

3. Qual a sua profissão?.....

FAC. Esta ligada a números? Ao público? A vendas?.....

4. O que costuma beber no café da manhã?.....

FAC. Café? Leite? Chá, suco?.....

5. Como está o tempo hoje?.....

FAC. Está sol? Nublado? Chove?.....

6. Gosta mais do inverno ou do verão?.....

FAC. Prefere o frio? Gosta mais do calor?.....

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. NOME					
2. IDADE					
3. PROFISSÃO					
4. CAFÉ DA MANHÃ					
5. O TEMPO HOJE					
6. INVERNO OU VERÃO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /18				

LINGUAGEM AUTOMÁTICA

1. Diga os números de 1 a 10.....

FAC Assim 1-2-3 e depois?.....

2. Diga os dias da semana.....

FAC Segunda, terça.....

3. Diga os meses do ano.....

FAC Janeiro, fevereiro.....

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. NÚMEROS					
2. DIAS DA SEMANA					
3. MESES DO ANO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/09

LINGUAGEM ASSOCIATIVA

ORDEM: Complete as frases...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultado obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. CAFÉ COM					
2. PÃO COM					
3. SAPATO E					
4. ABRO O LIVRO PARA					
5. USO A CHAVE PARA					
6. PEGO O LÁPIS PARA					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/18

COMPREENSÃO DA LINGUAGEM ORAL

PALAVRAS

ORDEM: Escute a palavra e aponte a figura...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 1					
1. COLHER					
2. GARFO					
3. FACA					
Prancha 2					
4. BOLA					
5. BOTA					
6. BOCA					
Prancha 3					
7. Lâmpada					
8. Lanterna					
9. Lampião					
Total dos pontos					
OBS.:	Proporção: /27				

FRASES SIMPLES

ORDEM: Aponte a figura onde aparece...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 4					
1. OS AVIÕES					
2. ELA É JOVEM					
Prancha 5					
3. A CAIXINHA					
4. O FACÃO					
Total dos pontos					
OBS.:	Proporção: /12				

FRASES COMPLEXAS

ORDEM: Aponte a figura...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 6					
1. A MOÇA DESCE O ÚLTIMO DEGRAU DA ESCADA					
Prancha 7					
2. O HOMEM ESCRIVE NUMA MESA ONDE TEM UM VASO GRANDE					
Prancha 8					
3. A VACA MALHADA NA FRENTE DA ÁRVORE					
Total dos pontos					
OBS.:	Proporção: /09				

INTERPRETAÇÃO DE CONCEITOS

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 9 – Conceitos espaciais					
1. A CESTA EM CIMA DA MESA					
2. A MAÇÃ AO LADO DA CESTA					
3. A CESTA EMBAIXO DA MESA					
4. A MAÇÃ DENTRO DA CESTA					
Prancha 10 – Conceitos sintáticos					
5. UM DOS SORVETES É O MAIOR					
6. ELES TOMAM SORVETE COM BISCOITO					
7. ELA ESTÁ TOMANDO SORVETE					
8. O SORVETE FOI TOMADO POR ELE					
Total dos pontos					
OBS.:	Proporção: /24				

COMPREENSÃO/ RETENÇÃO/MEMÓRIA

ESCOLHA DE PROPOSIÇÕES VISUAIS E ORAIS

ORDEM: Mostre a figura onde aparece...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 11					
1. QUAL DESSES ANIMAIS NÃO É UM MAMÍFERO					
Prancha 12					
2. ONDE TOMAMOS BANHO					
Prancha 13					
3. ONDE GUARDAMOS A COMIDA PARA ELA NÃO ESTRAGAR					
Prancha 14					
4. QUAL DESSES É UM TRANSPORTE AÉREO					

Ordem: Escute a pergunta e escolha uma resposta...

5. QUEM APAGA O FOGO? OPÇÕES ORAIS: O MÉDICO – O BOMBEIRO – A POLÍCIA					
6. EM QUE ESTAÇÃO DO ANO FAZ CALOR? OPÇÕES ORAIS: PRIMAVERA – VERÃO – OUTONO - INVERNO					
7. ONDE COMPRAMOS LIVROS? OPÇÕES ORAIS: CONFEITARIA – TINTURARIA – LIVRARIA – PADARIA					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /21				

COMPREENSÃO DE OPÇÕES CATEGORIA/ESPACIAL

ORDEM: Escute a pergunta e responda escolhendo a apontando uma figura...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 15 – Utilidades e categorias					
1. QUAL DESSES USAMOS PARA SENTAR?					
2. QUAL DESSES É UM ANIMAL?					
3. QUAL DESSES NÓS VESTIMOS?					
4. QUAL DESSES É UM MÓVEL?					
5. QUAL DESSES É UMA PEÇA DO VESTUÁRIO?					

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 16 – Sintática e espacial					
5. QUEM ESTÁ DENTRO: O GATO OU OS LIVROS?					
6. QUEM ESTÁ EM CIMA: O GATO OU A ALMOFADA?					
7. O QUE ESTÁ VAZIO: A ESTANTE OU A POLTRONA?					
8. ONDE ESTÁ O GATO: NA POLTRONA OU NA ALMOFADA?					
Total dos pontos					
OBS.:	Proporção: /24				

COMPREENSÃO DE HISTÓRIA COM APOIO VISUAL

ORDEM: Escute esta história com bastante atenção...

“Era uma casa de estilo antigo, com varanda no segundo andar. Ela ficava situada bem de frente para uma rua pouco movimentada. Na parte de trás havia um pomar, com uma enorme mangueira bem no centro do terreno.”

ORDEM: Responda apontando para uma das figuras...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 17					
1. QUAL O ESTILO DA CASA: ANTIGA, MODERNA OU DE CAMPO?					
Prancha 18					
2. ONDE FICAVA A CASA: LONGE DA RUA, NO MEIO DE UM JARDIM OU DE FRENTE PARA A RUA?					
Prancha 19					
3. O QUE HAVIA NA PARTE DE TRÁS DA CASA? UM JARDIM, UM POMAR OU UMA PISCINA?					
Prancha 20					
4. QUAL A ÁRVORE QUE OCUPAVA O CENTRO DO TERRENO: COQUEIRO, BANANEIRA OU MANGUEIRA?					
Prancha 21					
5. QUAL DESSAS FIGURAS REPRESENTA MELHOR ESSA HISTÓRIA?					
Total dos pontos					

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
OBS.:	PROPORÇÃO /15				

RACIOCÍNIO

COMPREENSÃO DE ABSURDO

ORDEM: Escute essa história com bastante atenção e depois diga o que está errado nela...

Era um dia de chuva e de muito frio. Dois amigos encontraram-se na rua. Um disse para o outro: “Que calor, não é? Hoje o sol está muito quente”. ORDEM: Agora responda...					
Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. É VERDADE OU É MENTIRA?					
Prancha 22					
2. POR QUE? ERA DIA DE SOL OU ERA DE FRIO?					
3. QUAL DESSAS É A FIGURA CERTA?					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /09				

COMPREENSÃO DE ORDENS COM TAREFA MOTORA

ORDEM: Escute a ordem e depois aponte...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 23 ORDEM: Aponte onde está...					
1. O CÍRCULO PEQUENO					
2. O QUADRADO GRANDE					
3. O CÍRCULO GRANDE					
4. O QUADRADO PEQUENO					
Recortar Prancha 24 – Instruções: recorte e coloque as peças na frente do paciente, de modo que todas fiquem alternadas. Após a ação, recolocar no lugar antes de dar a próxima ordem; coloque...					
5. O QUADRADO GRANDE EMBAIXO DOS DOIS CÍRCULOS					
6. O CÍRCULO PEQUENO ENTRE O QUADRADO GRANDE E O QUADRADO PEQUENO					
7. SE HOVER UM TRIÂNGULO, COLOQUE A MÃO EM					

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
CIMA DO QUADRADO GRANDE					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/21

EXPRESSÃO DA LINGUAGEM

PRODUÇÃO DE ANTÔNIMOS

ORDEM: Diga o contrário de...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. RICO					
2. COMPRAR					
3. AMIGO					
4. ÚTIL					
5. ESQUECER					
6. CULPADO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/18

DENOMINAÇÃO DE IMAGENS

ORDEM: O que é isso? Ou que parte é essa...?

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 25					
1. SOFÁ					
2. GALINHA					
3. CAMISA					
4. SAPATO					
5. BICO					
6. ENCOSTO					
Prancha 26					
7. BICICLETA					
8. LÁPIS					

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
9. MAÇÃ					
10. CARRO					
11. CABO					
12. PEDAL					
Total de pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/36

DENOMINAÇÃO DE AÇÕES

ORDEM: Diga o que cada um está fazendo...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 27					
1. ESCRREVENDO					
2. LENDO					
3. COMENDO					
4. BEBENDO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/12

NOMEAÇÃO DE PARTES DO CORPO

ORDEM: Que parte do corpo é essa?

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
Prancha 28					
1. PÉ					
2. CABEÇA OU ROSTO					
3. OMBRO					
4. MÃO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO:				/12

EVOCAÇÃO

EVOCAÇÃO DE CLASSES E CATEGORIAS

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
ORDEM: Diga 3 nomes de cores; exemplo: MARROM					
1.					
2.					
3.					
ORDEM: “Diga 3 nomes de animais; exemplo: ONÇA”					
4.					
5.					
6.					
ORDEM: “Diga 3 palavras começadas com a letra /D/; exemplo: DADO					
7.					
8.					
9.					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /27				

TRANSPOSIÇÕES LINGUÍSTICAS

REPETIÇÃO DE PALAVRAS SIMPLES

ORDEM: Repita o que eu vou dizer

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. PÁ					
2. SOL					
3. CAFÉ					
4. PINHEIRO					
5. MOLHADO					
6. JUVENIL					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /18				

REPETIÇÃO DE PALAVRAS COMPLEXAS

ORDEM: Repita as palavras que vou dizer...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. GLÓRIA					
2. NUBLADO					
3. PROSPERIDADE					
4. REFLORESTAMENTO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /12				

REPETIÇÃO DE FRASES CURTAS E SIMPLES

ORDEM: Repita a frase que eu vou dizer...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. TENHO SONO					
2. AGORA ELA VAI SAR					
3. VOCÊ QUER CHOCOLATE QUENTE?					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /09				

REPETIÇÃO DE FRASES LONGAS E COMPLEXAS

ORDEM: Repita a frase que eu vou dizer...

Valor dos pontos	3	2	1,5	0,5	0
Resultados obtidos	C	AUT	FAC	E	SR
1. NÃO GOSTO DE ACORDAR CEDO AOS DOMINGOS					
2. O ARTIGO FOI ESCRITO PELO EXCELENTE JORNALISTA					
3. AMANHÃ, SE NÃO CHOVER, ENCONTRAREI VOCÊ AO SAIR DO TRABALHO					
Total dos pontos					
OBS.:	PROPORÇÃO: /24				

ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Avaliação de linguagem em indivíduos portadores de acidente vascular cerebral

Pesquisador Responsável Francisco Prado Reis

Data da Versão 10/10/2011

Cadastro 061011

Data do Parecer 31/10/2011

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

OBJETIVO GERAL:

- Conhecer a ocorrência de distúrbios de linguagem nos indivíduos que sofreram acidente vascular cerebral (AVC).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Classificar os tipos de distúrbios de linguagem;
- Determinar a prevalência destes distúrbios;
- Caracterizar a relação dos distúrbios de linguagem com gênero e idade.

HIPÓTESES:

- A afasia é um tipo comum de seqüela entre os indivíduos acometidos de AVC;
- Em virtude da susceptibilidade em sofrer AVC, pessoas idosas são mais acometidas pela afasia;
- Fatores externos como o sedentarismo e o fumo e doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes favorecem ao surgimento de AVC;
- O gênero masculino é o mais afetado pelo AVC.

Sumário do Projeto

O advento da globalização desencadeou o movimento acelerado, contínuo e ininterrupto do avanço techno-científico. Este avanço, nas últimas décadas, trouxe consigo benefícios marcantes para a humanidade como o melhoramento da medicina, um dos principais fatores de promoção de saúde e consequentemente do favorecimento ao envelhecimento da população. Entende-se que o aumento da longevidade, gerou a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas referentes às consequências dessa nova configuração social. Dentre as doenças que podem acometer indivíduos idosos, merece destaque o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que faz parte do grupo de Doenças Cerebrovasculares (DVC). O AVC tem sido caracterizado como a maior causa de incapacidade e a segunda, de mortalidade entre os adultos. Além dos comprometimentos motores, o AVC pode produzir sequelas na deglutição e em funções cerebrais superiores, como a linguagem. Desta forma, a afasia se apresenta como uma patologia limitante da comunicação humana, função imprescindível às interações sociais do sujeito, caracterizando-se por alterações da linguagem expressiva e/ou receptiva após o indivíduo sofrer um dano cerebral, interferindo diretamente na cognição do sujeito. Esta pesquisa objetiva conhecer a prevalência de Afasia, pós AVC, em indivíduos atendidos no setor de Fisioterapia do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia, Aracaju-SE. Pretende-se ainda identificar qual tipo de Afasia é mais recorrente, verificar a influência do gênero e da idade no surgimento da Afasia. Ao final do estudo, há a intenção de propor um olhar diferenciado sobre o afásico no sentido de melhor compreender este paciente e, como consequência, contribuir para o delineamento das condutas terapêuticas que favoreçam o prognóstico do indivíduo acometido.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Sim

Página 1-2

Universidade Tiradentes - UNIT

Prof.^a Adriana Karla de Lima
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

Condições para realização	Adequadas
---------------------------	-----------

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 50 Local 2
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	
Data de término prevista	8 meses
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto em questão tem por objetivo conhecer a prevalência de Afasia, pós AVC, em indivíduos atendidos no setor de Fisioterapia do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia, Aracaju-SE. Pretende-se ainda identificar qual tipo de Afasia é mais recorrente, verificar a influência do gênero e da idade no surgimento da Afasia. Será aplicado um instrumento já validado e utilizado em outras pesquisa e que não representa risco para os participantes.

Universidade Tiradentes - UNIT
Prof.^a Adriana Karla de Lima
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora