

AFASIA E QUALIDADE DE VIDA – CONSEQUÊNCIAS DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA PERSPECTIVA DA FONOAUDIOLOGIA

Ivone Panhoca¹

Cláudia Adriana Brito Gonçalves²

PANHOCA, I.; GONÇALVES, C. A. B. Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 13, n. 2, p. 147-153, maio/ago. 2009.

RESUMO: A afasia se caracteriza por alterações dos processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva, produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida de afásicos, no que diz respeito ao domínio físico, utilizando-se o “The Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36 SF-36). Foram analisados quarenta afásicos, de ambos os gêneros, na faixa etária de 25 a 78. Foram consideradas, para os afásicos, as variáveis gênero, idade, nível de escolaridade, déficit visual e acometimentos cardiovasculares e metabólicos, fluência e marcha. O escore do aspecto físico foi influenciado de forma significativa pelas variáveis fluência, marcha e nível de escolaridade. Concluímos, através deste estudo, que os aspectos físicos são os que sofrem maior influência negativa e que a qualidade de vida dos afásicos é prejudicada não só pela afasia, mas também por comprometimentos de saúde associados a ela.

PALAVRAS-CHAVE: Afasia; Qualidade de vida; Atenção à saúde.

APHASIA AND QUALITY OF LIFE – CONSEQUENCES OF A STROKE THROUGH A SPEECH AND HEARING THERAPY PERSPECTIVE

ABSTRACT: Aphasia is characterized by alterations of the linguistic processes of articulation and discursive caused by focal lesion within the central nervous system in regions responsible for language. The objective of this study was to evaluate the quality of life of the aphasic people concerning their physical ability by using of “The Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36 SF-36). Forty aphasic people, both genders, 25 to 78 years, were analyzed. The following variables were taken into consideration for the aphasic people: gender; age; educational level; visual deficit, as well as, cardiovascular and metabolic attack, fluency and march. The physical aspect score was influenced, in a meaningful way, by the variables fluency, march and educational level. Through this study, we concluded that the physical aspects are the ones suffering the most negative influence and the quality of life of aphasic people is compromised not only by the aphasia, but also by its related health problems.

KEYWORDS: Aphasia; Health care; Stroke.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado por um episódio agudo que pode gerar problemas crônicos e debilitantes da saúde, como alterações físicas, neurológicas e complicações gerais. É uma das enfermidades crônicas não transmissíveis que compõem as chamadas epidemias emergentes (RABELO e NERI, 2006; LAVADOS e HOPE, 2005)

Os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) são os principais causadores de quadros afásicos. A literatura internacional chama a atenção para o fato de pessoas com fatores de risco para AVC's, mesmo que ainda não tenham tido um evento vascular claramente marcado, podem apresentar microlesões cerebrovasculares já capazes de provocar perdas cognitivas, ainda que leves (LONGSTRETH-JR et al., 2002; VERMEER et al., 2003).

Mesmo quando não é letal, o AVC frequentemente leva à incapacidade física parcial ou total, apresentando uma forte influência na capacidade funcional com grandes repercussões para o indivíduo, sua família e a sociedade (ALVES et al., 2007; BOCCHI, ÂNGELO, 2005; OLIVEIRA, CACHO e BORGES, 2006; SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003; TAVARES, 2007; TURRÓ-GARRIGA et al., 2008).

A capacidade funcional do sujeito pode ter im-

plicações para a qualidade de vida (QV) dele, inclusive por estar relacionada à capacidade de se manter ativo na comunidade, desfrutando a sua independência até idades mais avançadas (ALVES, 2007).

Estudos mostram que a dificuldade de deslocamento faz com que os indivíduos deixem de participar de atividades na comunidade e, como destaca Aranha, et al. (2006), indivíduos que têm capacidade ambulatoria autônoma apresentam melhores resultados nas avaliações de qualidade de vida (RENOSTO e TRINDADE, 2007).

Em decorrência de um AVC, além dos comprometimentos motores com grande frequência, os sujeitos passam a apresentar afasia, que se caracteriza por alterações dos processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva, produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem (COUDRY, 2001).

Como consequência da afasia e da perda da autonomia provocada pelas limitações físicas, tais sujeitos, não raramente, passam a ser marginalizados pela sociedade, o que implica exclusão e até, por vezes, solidão (FALCÃO et al., 2004; SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003; TAVARES, 2007; THOMAS, e LINCOLN, 2008)

Desta forma, entende-se que as qualidades das interações farão toda diferença no processo de recupe-

¹Docente da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-Campinas. Mestre e doutora em estudos da linguagem pelo IEL/UNICAMP. Email: i.panhoca@terra.com.br

²Graduanda da Faculdade de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

ração do sujeito acometido pelo AVC. O acolhimento, a aceitação e as relações humanizadas, implicarão aceitação das potencialidades e, também, das limitações. Sentindo suas potencialidades e limitações, aceitas pelos que o rodeiam, o sujeito tenderá a sentir-se mais respeitado e valorizado (MORATO, 1999 e 2002; PANHOCA, 2006).

Portanto, não é possível falar em recuperação e em reabilitação, se não nos voltarmos para a qualidade de vida; para a qualidade das interações dos sujeitos no seu cotidiano e para a qualidade das relações (entre elas as linguísticas) mantidas por eles no dia a dia, o que ainda está por ser devidamente estudado na Fonoaudiologia.

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

Os profissionais da saúde, aqui incluídos os fonoaudiólogos, devem promover a reintegração do sujeito afásico ao convívio social como parte do processo de reabilitação terapêutica, levando em consideração as diversidades e visando a reinserção social do acometido (BOCCHI e ÂNGELO, 2005; SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003; TAVARES, 2007).

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida de quarenta afásicos, adultos e idosos, de ambos os gêneros, enfocando o domínio físico do “*The Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36 SF-36)*”.

Materiais e Métodos

Dados dos sujeitos

Quarenta afásicos, devido a episódio de AVC, adultos e idosos, de ambos os gêneros, na faixa etária de 25 a 78 anos, que não apresentavam comprometimentos de compreensão de linguagem suficientes para impossibilitá-los de responder às questões e que frequentavam o serviço de Fonoaudiologia de uma Clínica-Escola de uma Universidade do Interior de São Paulo na época da coleta de dados, foram convidados a responder às questões do “*The Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36 SF-36)*”, instrumento genérico, usado nacional e internacionalmente (ARANHA et al., 2006; CICONELLI et al., 1999; FERRAZ e CICONNELI, 2003; PIMENTA et al., 2008; entre outros).

Fizeram parte do grupo controle 30 pessoas, de ambos os gêneros, de faixa etária e grau de escolaridade, semelhantes aos dos afásicos.

Método de coleta dos dados

O SF-36 é um questionário multidimensional,

composto por 36 itens, dentro de dois grandes grupos: físico e mental. Cada um destes é formado por quatro domínios, que, por sua vez, se constituem de itens que avaliam uma mesma área da vida do sujeito avaliado.

Este estudo foi baseado apenas no sub-grupo “físico” que é composto pelos domínios capacidade funcional (10 itens); aspectos físicos (04 itens); dor (02 itens) e estado geral de saúde (05 itens). O sub-grupo “mental”, do protocolo utilizado, abrange os domínios: vitalidade (04 itens); aspectos sociais (02 itens); aspectos emocionais (03 itens) e saúde mental (05 itens), mas não fará parte deste estudo.

Há, ainda, uma questão de avaliação comparativa entre as condições atuais de saúde e as de um ano atrás.

Pode-se obter um score final de cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor é o estado de saúde do avaliado. Tal escala de cálculo é chamada de Raw Scale, pois o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida, obtendo-se números “simbólicos” que definem o grau de comprometimento que o sujeito apresenta em cada domínio.

Além dos dados obtidos sob forma de respostas às questões apresentadas, foram consideradas as variáveis gênero; idade; nível de escolaridade; déficit visual e acometimentos cardiovasculares e metabólicos, fluência e marcha, considerando-se que tais acometimentos são frequentes em afásicos, dado o tipo de acometimento que leva à afasia (AVC) e à faixa etária de sujeitos afásicos. Para a composição do grupo controle foram considerados gênero, idade e nível de escolaridade.

Método de análise dos dados

Com o intuito de representar ou descrever os oito domínios que compõem o questionário SF-36, foi realizada uma análise multivariada baseada na técnica Análise Fatorial (AF), utilizando o método de componentes principais com rotação ortogonal varimax para a estimação dos fatores. Obtiveram-se os seguintes índices ou fatores: Componente para aspectos emocionais (CAE), Qualidade de vida em termos globais (QVG) e Componente para aspectos físicos (CAF).

O índice CAF, que foi o abordado neste estudo, foi influenciado pelos domínios *Capacidade Funcional (CF)*, *Limitações por Aspectos Físicos (LAF)* e *Dor*. O índice QVG foi influenciado pelos domínios *Estado Geral de Saúde (EGS)*, *Vitalidade (V)* e *Saúde Mental (SM)*. Grandes valores nos domínios que influenciam os índices CAF e QVG indicam, nestes índices, valores mais próximos de zero. Já o índice CAE foi influenciado pelos domínios *Aspectos Sociais (AS)* e *Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)*. No entanto, grandes valores nestes domínios indicam valores no índice CAE próximos de 100. Estes fatores foram construídos de forma a explicar 70% da variabilidade original dos dados.

Uma análise exploratória dos dados, baseada

nos domínios e índices do questionário SF-36, foi considerada, com o objetivo de formular hipóteses de interesse, ou seja, quais domínios têm maiores pontuações para o grupo controle ou para o grupo de afásicos. As medidas estatísticas utilizadas foram média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e correlação de Spearman.

O coeficiente de correlação de Spearman é uma medida de correlação *não paramétrica*, que descreve o relacionamento entre duas variáveis. Os valores de tal coeficiente estão entre -1 e 1. Valores próximos de 1 indicam uma forte relação positiva entre as variáveis, ou seja, uma relação crescente, em formato de curva, entre as variáveis e valores próximos de -1 indicam uma forte relação negativa entre as variáveis, isto é, uma relação decrescente, em formato de curva, entre as variáveis. Quando não há relacionamento entre duas variáveis, o coeficiente de correlação tende a estar próximo de zero.

Com o intuito de verificar a relevância dos resultados obtidos, foram realizados testes de hipóteses, através dos quais foi verificado se algumas das diferenças observadas na análise exploratória são ou não estatisticamente significativas. Esses testes foram avaliados através do *p-valor* de um teste, que é uma probabilidade que mensura o quão verossímil é a hipótese base, ou seja, pode ser interpretado como o grau de aceitação a favor da hipótese nula. Quanto maior for o *p-valor*, mais evidências a favor da hipótese nula. Rejeitou-se a hipótese nula para o *p-valor* menor que 5%, nível de significância considerado.

O teste de hipótese Mann-Whitney, um conhecido teste *não-paramétrico*, foi utilizado para todos os domínios e fatores, verificando se havia diferença significativa entre os escores médios de afásicos e do grupo controle.

Modelos de regressão foram utilizados para a análise das variáveis clínicas e demográficas dos afásicos, tendo como variáveis dependentes os índices CAF, QVG e CAE, fatores obtidos através da análise fatorial. Sendo assim, são não correlacionados.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Instituição, sob protocolo n°. 435/05 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O conjunto de dados analisados é, então, relativo a 70 indivíduos, sendo 30 do grupo controle e 40 afásicos.

A faixa etária dos afásicos entrevistados foi de 25 a 78 anos, com média de 54 anos e desvio padrão (DP) de 13,1, tendo a maior concentração nas faixas etárias de maior idade (50-60 e >61 anos). O gênero masculino representou 57,5% e o feminino 42,5% desta amostra.

O grupo controle tinha idade entre 26 e 70 anos, com média de 47 anos e desvio padrão de 12,3. O gênero masculino representou 60% e o feminino 40% do grupo controle, sendo que a maioria (53,3%) estudou até o Ensino Médio.

No grupo de afásicos a escolaridade predominante foi ensino fundamental (45%) seguido de ensino médio (30%), analfabetos com 12,5% e ensino superior também com 12,5%.

Quanto à locomoção, 62,5% são independentes, 25% apresentam alguma dificuldade, geralmente precisando de algum apoio ou alguém que os ajude e 12,5% são cadeirantes.

A maioria (75%) dos afásicos enfocados apresentava afasia do tipo fluente. A respeito das comorbidades, as mais frequentes foram alterações cardiovasculares (82,5%) e metabólicas (15%).

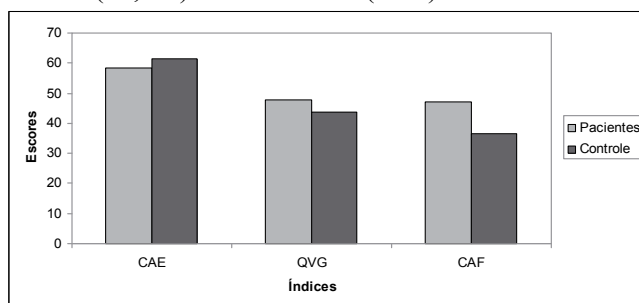


Figura 1: Escores médios dos índices de resumo obtidos pela AF - Análise exploratória: estatística descritiva

Em análise descritiva foi observado, de acordo com a Figura 1, que os afásicos apresentam escores maiores do que o grupo controle, segundo o índice CAF (Média dos afásicos = 47,1; Média do grupo controle = 36,4), mas ocorre uma relação inversa para os escores

Quadro 1: Coeficientes de Correlação de Spearman para Afásicos.

	CF	LAF	DOR	EGS	V	AS	LAE
LAF	0,267						
DOR	0,222	0,348					
EGS	0,272	0,196	0,410				
V	0,316	0,468	0,556	0,373			
AS	0,096	0,505	0,464	0,228	0,291		
LAE	0,092	0,492	0,264	0,189	0,430	0,469	
SM	0,087	0,428	0,401	0,352	0,620	0,364	0,705

Coeficientes de Correlação de Spearman

dos domínios SF-36, ou seja, os afásicos apresentam menores pontuações nos domínios que compõem esse índice ou fator.

A partir da verificação da correlação entre alguns domínios do SF-36, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, foi observado que há uma relação entre os seguintes domínios para afásicos, considerando valores maiores que 0,5 (Quadro 1):

Limitação por Aspectos Físicos (LAF) e Aspectos Sociais (AS): coeficiente = 0,505

Dor e Vitalidade (V): coeficiente = 0,556

Vitalidade (V) e Saúde Mental (SM): coefi-

ciente = 0,620

Os domínios do SF-36, tanto para afásicos, como para grupo controle, são correlacionados, sendo que um fato a ser observado é que os coeficientes de correlação para afásicos são maiores que os do grupo controle. Portanto, há um relacionamento mais acentuado entre os domínios dos afásicos que nos domínios do grupo controle.

Na tabela 1, observa-se que os escores dos homens, tanto para afásicos, quanto para o grupo controle, são maiores do que os das mulheres, no índice CAF.

Tabela 1: Comparação entre os escores dos afásicos e do grupo controle segundo o gênero.

Índices Afásicos	CAE		QVG		CAF	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Gênero						
F	49,3	29,7	47,7	17,5	46,6	25,9
M	65,3	24,8	47,7	15,7	47,5	15,3
Gênero	Média	DP	Média	DP	Média	DP
F	58,0	28,2	50,4	22,2	32,6	16,4
M	66,7	13,4	33,3	10,1	42,2	24,4

Estatísticas descritivas

Na tabela 2, o maior escore do índice CAF, para o grupo controle, o maior escore refere-se aos analfa-

betos e afásicos, analfabetos e ensino superior tiveram escores médios próximos.

Tabela 2: Comparação entre os escores dos afásicos e do grupo controle segundo a escolaridade.

Índices Afásicos	CAE		QVG		CAF	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Escolaridade						
Analfabeto	43,6	27,2	42,6	11,4	60,9	24,5
EF	61,7	24,9	48,3	19,4	46,2	20,9
EM	56,6	34,3	49,6	13,0	40,6	15,5
Superior	73,2	2,4	41,8	14,0	61,2	14,0
Índices Grupo Controle	CAE		QVG		CAF	
Escolaridade	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Analfabeto	54	37,8	51,4	2,2	46	29,4
EF	67,9	18,5	44,3	25,1	37,8	23
EM	50,3	27,8	41,3	14,3	33,2	16,8
Superior	73,9	15,7	41,6	9,4	32,1	5,7

Estatísticas descritivas

Utilizando *testes de hipóteses não paramétricas (teste de Mann-Whitney)* procurou-se averiguar em quais domínios e índices há diferenças significativas entre os escores dos afásicos e do grupo controle. Estatisticamente foram encontradas diferenças nos escores dos afásicos, quando comparados com as pessoas do grupo controle para os domínios LAF, CF e EGS, sendo que nos demais domínios os escores são estatisticamente iguais, como observado na tabela 3. Baseados nos índices CAF, CAE e QVG constatam-se diferenças significativas entre os escores para o grupo controle e afásicos apenas para CAF, índice influenciado pelos domínios *Capacidade funcional, Limitações de Aspectos*

Físicos e Dor. Portanto, a qualidade de vida do grupo controle é melhor que a qualidade de vida dos afásicos, principalmente no que se refere aos aspectos físicos.

Tabela 3: Comparação entre os escores de afásicos e grupo controle, no que diz respeito aos domínios enfocados. Escores dos domínios e índices de afásicos e grupo controle.

Variáveis	Afásico	Grupo Controle	P-Valor
CF	60,0	82,5	0,0025*
LAF	50,0	100,0	0,0599**
DOR	73,0	62,0	0,4224
EGS	66,0	77,0	0,0349*
V	57,5	65,0	0,1302
AS	82,5	87,5	0,7343
LAE	83,4	100,0	0,3503
SM	60,0	72,0	0,1500
CAE	66,5	66,9	0,7352
QVG	49,2	39,5	0,1350
CAF	46,0	35,4	0,0362*

Teste de Mann-Whitney *5% - **6%

Para identificar as características clínicas e demográficas que influenciam na qualidade de vida dos afásicos, utilizaram-se modelos de regressão para os índices CAF, QVG e CAE.

A partir desta análise pode-se observar:

- **Aspectos físicos (CAF):** As covariáveis fluência, marcha e nível de escolaridade influenciam significativamente no escore desse índice.

Em relação à fluência, o escore de CAF diminui 23.2 para participantes fluentes, comparado com participantes sem fluência. No que se refere à locomoção, o escore do índice CAF para afásicos com marcha independente e semi-independente diminui 17.6 e 38.6, respectivamente, comparados aos afásicos cadeirantes.

Analisando a escolaridade, para afásicos com ensino médio, o escore de CAF diminui 25.4, comparados aos afásicos analfabetos.

Afásicos com pontuações pequenas para o índice CAF apresentam melhor qualidade de vida em relação aos domínios capacidade funcional, limitações de aspectos físicos e dor.

Discussão

Neste estudo, então, a faixa etária dos entrevistados foi de 25 a 78, com média de 54 anos. A maior concentração de sujeitos afásicos esteve nas faixas etárias de maior idade, o que compõe fator de risco para o AVC, sendo que tais dados foram constatados também em estudos anteriores, dentre eles os de Oliveira, Cacho e Borges (2006) e Falcão et al. (2004).

Na amostra estudada, 57,5% eram do gênero masculino e 42,5% do gênero feminino, assim como em Falcão et al. (2004).

Observou-se que a população estudada tem

baixa escolaridade, sendo que 12,5% são analfabetos e 45% cursaram até o ensino fundamental e as análises estatísticas nos mostraram que afásicos analfabetos estão pior fisicamente, o que influencia na qualidade de vida dos mesmos, conforme literatura da área que aponta que condições socioeconômicas influenciam a saúde, a capacidade funcional e o uso de serviços de saúde por parte dessas pessoas (BORINI, 2006; RABELLO e NÉRI, 2006)

Estudos mostram a influência da afasia na vida do sujeito e, portanto, na qualidade de vida, o que cada sujeito vivencia de forma diferente, devido à sua bagagem cultural e social (SCHULZ et al., 2008). Tais influências podem se manifestar nas atividades da vida diária (AVDs) segundo Thomas e Lincoln (2008).

Observou-se no presente estudo uma grande influência dos aspectos físicos, sendo que, pelo modelo de regressão utilizado, ao relacionarmos o componente físico com o aspecto fluência-não fluência da fala, observamos que o índice CAF para afásicos fluentes aumenta em 23,2 quando comparado aos não fluentes. Portanto, afásicos fluentes apresentam melhor qualidade de vida.

Neste estudo, o aspecto que apresentou pior escore foi o físico, dado que está em conformidade com a literatura (FERNANDES, CARVALHO e PRADO, 2006). E esse aspecto foi influenciado negativamente pelas covariáveis fluência e nível de escolaridade, como mostrado anteriormente.

Quanto à locomoção, 25% dos entrevistados apresentam alguma dificuldade, geralmente precisando de algum apoio ou alguém que os ajude e 12,5% são cadeirantes.

Diversos estudos mostram que as alterações que impossibilitam os sujeitos de terem uma locomoção independente, dificultam uma vida normal e, portanto, alteram a qualidade de vida dos mesmos (FERNANDES, CARVALHO e PRADO, 2006; OLIVEIRA, CACHO e BORGES, 2006; RENOSTO e TRINDADE, 2007).

Na nossa amostra, 15% dos afásicos referiram alguma alteração metabólica e uma incidência significativa de doenças cardiovasculares (82%). Dados encontrados também em outros estudos e apontados na literatura da área como forte influência na capacidade funcional do idoso (WANG et al., 2008, ALVES et al., 2007).

Este comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes para o próprio indivíduo e para as famílias, a sociedade como um todo e o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos sujeitos e onerando o Estado (BOCCHI; ÂNGELO, 2005; ALVES et al., 2007; TAVARES, 2007; SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2008).

Como foram observados através dos coeficientes de correlação de Spearman, os domínios do SF-36 estão correlacionados para o grupo de afásicos, em

conformidade com os dados da literatura, que mostram que a saúde não deve ser considerada a partir de áreas isoladas, já que as áreas exercem influência umas sobre as outras, mais direta ou mais indiretamente (SCHULZ et al., 2008).

Como tem sido enfatizada na literatura da área, a longevidade, apesar de ser tão perseguida pela humanidade, deve ser de qualidade e, para isso, é importante que se tenham profissionais, serviços e políticas sociais de educação e de saúde efetivamente voltadas para a prevenção e para a recuperação rápida e adequada da população acometida (BONNAUD et al., 2005; LAVADOS; HOPPE, 2005; LONGSTRETH et al., 2002; SMITH et al., 2008; VERMEER et al., 2003).

Conclusão

Concluimos, através deste estudo, que a qualidade de vida dos afásicos é prejudicada não só pela afasia, mas também por comprometimentos de saúde associados a ela (hemiplegia), o que indica que profissionais da área da saúde (dentre eles o fonoaudiólogo) não podem tratar da afasia mas, sim, do sujeito afásico.

Além disso, verificamos que os aspectos físicos dos afásicos são os que sofrem maior influência negativa, quando comparados com os sujeitos do grupo controle.

Considerando que uma mesma dificuldade pode ser avaliada de forma diferente por diferentes pessoas, vemos a necessidade de conhecerem as especificidades de cada sujeito afásico, para poder oferecer assistência e orientação individualizada, contribuindo para a diminuição das angústias e demandas dessa população enfocada, e para a melhoria, tanto da qualidade de vida deles, quanto da qualidade das relações (entre elas as lingüísticas) mantidas por eles no dia a dia.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro na forma de bolsa de iniciação científica (processo nº 07/53425-8).

Referências

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.

BOCCHI, S. C. M.; ÂNGELO, M. Interação cuidador familiar - pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10 n.3, p. 729 -738,

2005.

BONNAUD, I. et al. Epidemiology and management of stroke patients in emergency departments of the Centre region of France. **Rev Neurol**. v.161,n. 3, p.311-7, 2005.

BORINI, M. L. O. Crenças e atitudes sobre o cuidado familiar para idosos frágeis In Martins de Sá, J. L.; Panhoca, I.; Pacheco, J. L. (orgs) **Na intimidade da velhice**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2006, pg. 91-100 (versão acadêmica).

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, v. 39, n.3, p. 143-50, 1999.

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 210 p.

FALCAO, I. V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004.

FERNANDES, M. R.; CARVALHO, L. B. C.; PRADO, G. F. A functional electric orthosis on the paretic leg improves quality of life of stroke patients. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 64, n. 1, p. 20-23, 2006.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, R. M. Avaliação da qualidade de vida. in Levy, J. A.; Oliveira, A. S. B. (orgs.) **Reabilitação em doenças neurológicas – Guia terapêutico prático**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 231-237.

LAVADOS, P. M.; HOPPE, W. A. Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular (UTAC) en Chile. **Rev. méd. Chile**, v.133, no.11, p.1271-1273, 2005.

LONGSTRETH Jr, W. T. et al. O'Leary, D et al. Incidence, manifestations and predictors of brain infarcts defined by serial cranial magnetic resonance imaging in the elderly: the cardiovascular health study. **Stroke**; v. 33, n. 10, p. 2376-2382, 2002.

MORATO, E. M. Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um centro de convivência de afásicos. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 10, n.2, p. 157-165, 1999.

MORATO, E. M. **Sobre as afasias e os afásicos – subsídios teóricos e práticos elaborados pelo Centro de Convivência de Afásicos**, Editora UNICAMP, Campinas, SP, 2002, 62 p.

- OLIVEIRA, R.; CACHO, E. W. A.; BORGES, G. Post-stroke motor and functional evaluations: a clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 64, n. 3B, p. 731-735, 2006.
- PANHOCA, I. Linguagem e envelhecimento – reflexões sobre o silenciamento na velhice. In Martins de Sá, J. L.; Panhoca, I.; Pacheco, J. L. (orgs) **Na intimidade da velhice**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2006, p.101-110 (versão acadêmica).
- PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.
- RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão, **Estudos de Psicologia**, v. 11, n.2, p. 169-177, 2005.
- RENOSTO, A.; TRINDADE, J. L. A. A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p.709-716, 2007.
- SCHULZ, R. B. et al. Validação do miniquestionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.** v. 90, n. 2, p. 139-144, 2008.
- SMITH, L. N. et al. Stroke education for healthcare professionals: Making it fit for purpose. **Nurse Education Today.** v. 28, n.3, p. 337-347, 2008.
- SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.
- TAVARES, D. M. S. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, v.16, n. 1, p. 32-39, 2007.
- THOMAS, S. A.; LINCOLN, N. B. Predictors of emotional distress after stroke. **Stroke**; v. 39, n. 4, p.1240-5, 2008.
- TURRÓ-GARRIGA, O. et al. Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, **Rev Neurol**; v. 46, n. 10, p. 582-588, 2008.
- VERMEER, S. E. et al. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. **N. Engl J. Med.** v. 348, n.13, p.1215-1222, 2003.
- WANG, J. et al. The metabolic syndrome predicts incident stroke: a 14-year follow-up study in elderly people in Finland. **Stroke**, v. 39, n.4, p.1078-83, 2008.
- WHOQOL GROUP, 1994 - <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Recebido em: 20/09/2008

Aceito em: 27/09/2009

Received on: 20/09/2008

Accepted on: 27/09/2009