

Artigo Original
Original Article

Jodeli Pommerehn¹
Miriam Cabrera Corvelo Delboni¹
Elenir Fedosse¹

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social

International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation

Descritores

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
Afasia
Fonoaudiologia
Terapia Ocupacional
Equipe de Assistência ao Paciente

Keywords

International Classification of Functioning, Disability and Health
Aphasia
Speech Therapy
Occupational Therapy
Patient Care Team

Endereço para correspondência:

Jodeli Pommerehn
Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Maria
– UFSM
Av. Roraima, Prédio 26, 4º andar, Sala
1418, Bairro Camobi, Santa Maria
(RS), Brasil, CEP: 97105-900.
E-mail: jodelipo@gmail.com

Recebido em: Abril 13, 2015

Aceito em: Julho 31, 2015

RESUMO

Objetivo: Este estudo identifica e analisa o impacto das afasias na participação social e nas atividades cotidianas das pessoas por elas acometidas, bem como visa conhecer as implicações dos fatores ambientais nas limitações e restrições da participação, segundo os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Método:** São apresentados e discutidos dados de 12 pessoas de ambos os sexos com afasia que participavam de um Grupo Interdisciplinar de Convivência. Os dados foram coletados entre outubro de 2011 e março de 2013 e analisados com base na *check list* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Resultado:** Todos os sujeitos apresentaram restrições no desempenho e para a participação em suas atividades cotidianas, seja por determinantes biológicos, ambientais ou socioculturais. **Conclusão:** A restrição na participação foi a mais evidente, decorrente mais dos fatores ambientais do que das sequelas advindas das lesões cerebrais.

ABSTRACT

Purpose: To identify and analyze the impact of aphasia on social participation and daily activities of people affected by this disease, as well to understand implications of environmental factors on limitations and restrictions of participation according to the criteria established by the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Method:** Data presented and discussed were collected from 12 people of both sexes with aphasia participating in an Interdisciplinary Group for Coexistence. Data were collected between October 2011 and March 2013 and analyzed based on the International Classification of Functioning, Disability and Health checklist. **Results:** All subjects had restrictions on performing and participating in their daily activities, either by biological, environmental or socio-cultural factors. **Conclusions:** The restriction in participation was the most evident, mostly due to environmental factors than sequels resulting from the brain injury.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

As afasias são distúrbios da linguagem provocados por lesões cerebrais focais; nos termos de uma Neurolinguística orientada por teorias enunciativas e discursivas da linguagem, as afasias são alterações de linguagem decorrentes de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), tumores, Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE). Tais lesões interferem na linguagem oral (compreensão e produção) e na escrita (leitura e produção) e, ainda, podem produzir outras alterações cognitivas, como dificuldade de atenção, de percepção e de memória^(1,2).

Não é de hoje que a literatura neuropsicológica e/ou neurolinguística discorre sobre o impacto das afasias na vida das pessoas. Segundo Morato, a qualidade de vida do sujeito com lesão cerebral é proporcional à intensidade do impacto da afasia que, por sua vez, depende da causa do episódio lesional e de seu grau de extensão, das características do sujeito (idade, ocupação, interesses culturais, escolaridade, humor, entre outras), bem como da forma de como ele, seus familiares e amigos reagem frente a essa alteração de linguagem⁽³⁾.

Nessa mesma linha, profissões da saúde como, por exemplo, a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia têm ressaltado os comprometimentos motores (hemiplegias) e/ou sensitivos (hemiparesias) que, geralmente, acompanham as afasias e causam mudanças bruscas no estilo e na qualidade de vida dos sujeitos acometidos, produzindo (maiores ou menores) restrições para a realização das atividades instrumentais e/ou de vida diária, na interação familiar e/ou social ampliada. Essas restrições necessitam de certo nível de cuidados permanentes e gerenciamento da saúde⁽⁴⁾.

Outro estudo⁽⁵⁾ também refere transformações no cotidiano familiar da pessoa com sequelas neurológicas; seus autores esclarecem que, por serem geralmente comprometimentos crônicos, as mudanças na dinâmica familiar podem, inclusive, interferir no processo de reabilitação.

O impacto da lesão cerebral sobre os sujeitos acometidos repercute em impedimentos e desvantagens. A propósito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) esclarece que os conceitos de impedimento e desvantagem devem ser analisados a partir da relação de cada sujeito com seu ambiente. Ocorrem quando os sujeitos enfrentam barreiras culturais, físicas e/ou sociais que os impedem de acessar os diferentes sistemas da sociedade disponíveis⁽⁶⁾.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresenta-se como um importante modelo para descrever a funcionalidade e incapacidade na realização das atividades cotidianas e na participação social das pessoas com afasia. Auxilia também, sobremaneira, na definição de métodos, recursos e dispositivos terapêuticos construídos a partir das inter-relações da realidade interna e externa, na rede das relações sociais, afetivas, nas atividades da vida diária dos sujeitos acometidos, para ampliar sua autonomia, independência e participação social.

A CIF é uma classificação de referência para a descrição dos estados de saúde que estabelece uma linguagem comum para a descrição completa da experiência de saúde de uma determinada pessoa⁽⁷⁾. “Ela engloba todos os aspectos da saúde

humana e alguns componentes relevantes [...] relacionados com o bem-estar e descreve-os em termos de domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde [...]”^(8, p. 11). A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, permitindo entender a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos.

Como classificação de saúde, introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico, complexo e compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência humana. A CIF é composta por duas partes: Parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade (Funções do Corpo [b], Estruturas do Corpo [s] e Atividade e Participação [d]) e Parte 2 – Fatores Contextuais (Fatores Ambientais [e] e Fatores Pessoais).

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar o impacto das afasias na participação social e nas atividades cotidianas das pessoas por elas acometidas, bem como conhecer as implicações dos fatores ambientais nas limitações e restrições da participação segundo os critérios estabelecidos pelo modelo da CIF.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado em uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul, envolvendo os cursos de Terapia Ocupacional e de Fonoaudiologia. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição de ensino, sob número 0324.0.243.000-11, conforme a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas com seres humanos.

Este estudo é de caráter qualitativo; descreve e interpreta dados de saúde de pessoas com afasia segundo referenciais teóricos e metodológicos que o respaldam. Dele participaram 12 pessoas, integrantes de um Grupo Interdisciplinar de Convivência (GIC), com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que o critério de inclusão dos sujeitos foi terem diagnóstico neurológico de afasia e participarem de acompanhamento clínico, em Terapia Ocupacional ou em Fonoaudiologia, simultâneo à participação no GIC.

A coleta de dados foi realizada a partir do *check list* da CIF; houve concordância entre as pesquisadoras quanto aos qualificadores utilizados na pesquisa. O processo de avaliação foi realizado em até três sessões, por uma única avaliadora, com duração aproximada de 40 minutos cada, no período de outubro de 2011 a março de 2013. As avaliações foram realizadas na sala do Grupo de Convivência, após os encontros semanais do grupo e, em dois casos, a coleta foi realizada no domicílio dos sujeitos.

Convém ressaltar que a CIF organiza as informações em duas partes: i) Funcionalidade e Incapacidade, e ii) Fatores Contextuais. A primeira está dividida em dois componentes: Funções do Corpo (representado pela letra b) e Atividade e Participação (representadas pela letra d). A segunda também está dividida em dois componentes: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (ambos representados pela letra e). A descrição da Funcionalidade e Incapacidade envolve um qualificador atribuído por meio de uma escala genérica de 0 (zero) a 4. Zero

indica nenhuma deficiência, 1 – deficiência leve, 2 – deficiência moderada, 3 – deficiência grave e 4 – deficiência completa. Os Fatores Contextuais são analisados segundo a mesma escala; os Fatores Ambientais são indicados como barreiras ou facilitadores: 0, zero – nenhum(a) facilitador/barreira; -1, -2, -3 e -4, barreira leve, moderada, considerável e completa, respectivamente; +1, +2, +3 e +4, facilitador leve, moderado, considerável e completo, respectivamente. Os Fatores Pessoais não são passíveis de classificação, mas de descrição de aspectos relevantes ditos e manifestados pelo sujeito avaliado.

RESULTADOS

Todos os sujeitos deste estudo participavam dos encontros semanais, de duas horas e meia, do GIC (espaço de interação entre sujeitos afásicos e não afásicos – seus familiares/cuidadores e estudantes de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional), nos quais eram abordadas diversas atividades e práticas discursivas, como: roda de conversa, oficinas de contagem e recontagem de histórias orais e escritas (autobiográficas, históricas e/ou de fatos cotidianos), interpretação de poesias, piadas, provérbios, bem como oficinas de artesanato, de autocuidados, de expressão corporal e de atividades práticas de vida diária. Também foram realizadas atividades extrainstitucionais de lazer e cultura (piqueniques, festas em datas comemorativas, visitas turísticas e a museus, audições musicais e de filmes, entre outras), com duração variada entre 4 e 12 horas.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e lesional dos sujeitos deste estudo; 9 são do sexo masculino e 3, do feminino. A idade média dos homens foi de 61,5 anos e a das mulheres, de 35.

Todos os sujeitos sofreram episódio lesional por AVC, tendo sido o diagnóstico de afasia estabelecido por meio de avaliação

neurológica e de exames de imagens cerebrais (Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada).

O estado de saúde dos sujeitos deste estudo, também alcançado pela interpretação do *check list* da CIF, é apresentado em quatro tabelas. A Parte 1 (Funcionalidade e Incapacidade) é apresentada na Tabela 2 e refere, respectivamente, os resultados sobre Deficiências das Funções do Corpo (Parte 1a) e Deficiências das Estruturas do Corpo (Parte 1b). Na Tabela 3 apresentam-se os resultados da Parte 2 (Limitações de Atividades e Restrição à Participação) e, na Tabela 4, os referentes aos da Parte 3 (Fatores Ambientais).

Neste estudo, todos os participantes indicaram deficiência (com intensidade singular) das funções do corpo, as quais interferiam negativamente no cotidiano: tomada de decisões, pensamento abstrato, planejamento, flexibilidade mental e execução de planos – Funções Cognitivas Superiores –, bem como no reconhecimento e na utilização da linguagem – Funções Mentais da Linguagem (Tabela 2). Por conseguinte, relataram dificuldades nas atividades leitura, escrita, cálculo e resolução de problemas – Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento – e na realização de múltiplas tarefas – Tarefas e Demandas Gerais –, na recepção de mensagens verbais, na fala e na conversação – Comunicação (Tabela 3).

As estruturas corporais, relacionadas ao movimento e às funções sensoriais/dor e neuromusculoesqueléticas, são indicadas pelos sujeitos deste estudo como deficiências que interferem em seu cotidiano. Também são referidas disfunções quanto a equilíbrio, dor, mobilidade das articulações, força e tônus muscular nas extremidades superior e inferior (Tabela 2).

Predominaram dificuldades nas atividades que envolvem a linguagem e os eventos que dela dependem: interação intrapessoal (íntima), interações interpessoais (básicas e complexas) – relações informais e formais com familiares e com estranhos,

Tabela 1. Dados sociodemográficos e lesionais

Sujeito	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação anterior à lesão	Tempo da lesão (anos)	Tipo de afasia	Principal manifestação linguística
S1	M	65	Casado	E. M. C.	Assistente gráfico	2,2	Sensorial	Jargonafasia
S2	M	38	Solteiro	E. S. I.	Vigilante	4,7	Motora	Perseveração
S3	F	25	Solteira	E. M. I.	Atendente em padaria	3,5	Motora	Anomia, agramatismo e parafasias
S4	M	69	Casado	E. F. I.	Motorista	3,1	Motora	Anomia, perseveração e parafasias
S5	F	42	Solteira	E. M. I.	Diarista	5,6	Mista	Estereotipia verbal
S6	M	64	Casado	E. S. C.	Professor de Matemática	2,7	Motora	Anomia e agramatismo
S7	M	60	Casado	E. M. C.	Técnico em fiscalização ambiental	2,0	Sensorial	Jargonafasia
S8	M	67	Casado	E. F. I.	Agricultor	3,4	Mista	Anomia, jargões e presbifonia
S9	M	53	Divorciado	E. F. I.	Atendente em comércio	4,1	Sensorial	Anomia, jargonafasia e logorreia
S10	F	34	Solteira	E. S. I.	Estudante	2,6	Motora	Estereotipia verbal
S11	M	66	Casado	E. M. I.	Mestre de obras	5,7	Sensorial	Jargonafasia
S12	M	63	Separado	E. F. C.	Topógrafo	11,4	Mista	Anomia, agramatismo e parafasias

Legenda: S: Sujeito; M: Masculino; F: Feminino; E. F. I.: Ensino Fundamental Incompleto; E. F. C.: Ensino Fundamental Completo; E. M. I.: Ensino Médio Incompleto; E. M. C.: Ensino Médio Completo; E. S. I.: Ensino Superior Incompleto; E. S. C.: Ensino Superior Completo

Tabela 2. Deficiências das Funções (Parte 1a) e Estruturas do Corpo (Parte 1b)

Domínio	Componente	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Funções Mentais (b1)	Sono (b134)	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	2
	Orientação – tempo, lugar, pessoa (b114)	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	3	0
	Consciência (b114)	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4	0
	Memória (b144)	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	2	4
	Atenção (b140)	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0
	Funções de Percepção (b156)	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0
	Funções Emocionais (b152)	3	0	0	4	0	0	0	3	0	2	4	0
	Funções Cognitivas Superiores (b164) Funções Mentais da Linguagem (b167)	3 4	2 2	3 3	4 2	4 3	3 4	4 4	4 4	3 3	3 4	3 4	4 4
Funções Sensoriais e de Dor (b2)	Visão (b210)	1	3	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0
	Vestibular – função de equilíbrio (b235)	1	3	1	1	0	3	2	3	1	3	2	0
	Dor (b280)	2	0	0	2	4	1	0	3	0	1	3	0
Funções do Sistema Cardiovascular (b4)	Funções do Coração (b410)	1	3	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
	Pressão Sanguínea (b420)	0	0	0	4	0	0	0	3	3	0	3	3
	Funções do Sistema Respiratório (b440)	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0
Funções Neuromusculoesqueléticas (b7)	Mobilidade das Articulações (b710)	1	0	3	1	2	0	2	2	0	3	2	3
	Força Muscular (b730)	3	0	3	0	2	1	1	2	0	3	1	4
	Tônus Muscular (b735)	4	4	0	0	0	2	1	2	0	3	1	4
Estrutura do Sistema Nervoso (s1)	Cérebro (s110)	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4
Estruturas Relacionadas ao Movimento (s7)	Extremidade Superior (s730)	3	3	3	0	3	4	2	2	0	4	2	4
	Região do Ombro (s720)	0	3	0	0	0	0	2	2	0	3	2	0
	Pelve (s740)	0	3	0	0	0	0	2	2	0	4	2	0
	Tronco (s760)	0	3	0	0	0	0	3	2	0	3	2	0
	Extremidade Inferior (s750)	3	3	3	1	1	4	3	2	0	4	2	4

Legenda: S: Sujeito; 0: Nenhuma deficiência; 1: Deficiência leve; 2: Deficiência moderada; 3: Deficiência grave; 4: Deficiência completa; s: Estrutura corporal; b: Funções do corpo

preparação de refeições, tarefas domésticas, ajuda aos outros, aquisição de bens e serviços, transações econômicas básicas e realização de trabalho remunerado (Tabela 3). Deve-se observar que a maioria dos sujeitos relatou dificuldades na interpretação verbal (recepção de mensagens verbais), porém não relataram dificuldade na interpretação da linguagem não verbal (recepção de mensagens não verbais).

A maioria dos sujeitos relatou atitude e apoio físico, prático ou emocional das pessoas com quem convive diariamente, como facilitadores completos. No entanto, houve sujeitos, em menor número, que relataram barreiras completas nesse aspecto. Quanto aos serviços, sistemas e políticas de treinamento, trabalho e emprego, a maioria dos sujeitos deste estudo classificou como barreira (Tabela 4).

Para finalizar os resultados levantados por meio da *check list* da CIF, apresenta-se, a seguir, um Fluxograma (baseado no modelo proposto pela OMS)⁸, buscando-se sistematizar, de modo unificado, as restrições na participação e nas atividades decorrentes da interação/relação complexa entre a condição de saúde e os fatores ambientais (Fluxograma 1). Ressalta-se que essa interação é dinâmica, à medida que uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros e, ainda, que o modelo biopsicossocial da CIF, multidimensional e multidirecional, rejeita a existência exclusiva de uma situação de linearidade que indicaria a restrição da participação como consequência da incapacidade.

DISCUSSÃO

As atividades do GIC realizadas, conforme indicado na seção anterior, em meio a processos dialógicos^(1-3,9,10) favorecem a produção/interpretação da linguagem verbal (oral e escrita) e de processos alternativos de significação (gestos, desenhos, pinturas, entre outros)^(2,10). Em outros termos, a convivência – possibilitada no e pelo grupo – promoveu o exercício vivo da linguagem^(2,10) e o uso efetivo/adaptado das estruturas corporais comprometidas, impulsionando os sujeitos à autonomia, melhorando a expressividade e o desempenho cotidiano, apesar das limitações impostas pela lesão neurológica.

Destaca-se que achados semelhantes, relativos à idade, foram encontrados em outros estudos⁽¹¹⁻¹³⁾: predominância de adultos de meia-idade com AVC, demonstrando que a afasia se manifesta principalmente na faixa etária produtiva do ser humano. Claro que tal evidência é minoritária se comparada com o aumento do envelhecimento da população idosa e sua associação ao AVC⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Na comparação entre idade e escolaridade evidenciou-se que as pessoas mais jovens deste estudo possuem maior escolaridade. Outro estudo⁽¹¹⁾ apontou o mesmo fato: a maioria dos sujeitos acometidos por AVC com idade igual ou inferior a 65 anos tinha escolaridade acima do fundamental incompleto (médio incompleto ou completo e superior incompleto ou completo), e a maioria com idade acima dos 65 anos possuía escolaridade até o fundamental incompleto.

Tabela 3. Limitação de Atividade e Restrição à Participação (Parte 2)

Domínio	Componente	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Aprendizagem e aplicação de conhecimento (d1)	Ouvir (d115)	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	Aprender a ler (d140)	4	2	0	0	0	0	4	4	0	1	4	4
	Aprender a escrever (d145)	4	3	3	0	0	0	4	4	4	1	4	3
	Aprender a calcular (d150)	4	0	0	0	0	0	4	4	4	1	4	0
	Resolver problemas (d175)	4	0	0	0	0	0	3	4	4	1	4	0
Tarefas e demandas gerais (d2)	Realizar uma única tarefa (d210)	4	0	0	0	0	0	1	4	0	1	4	0
	Realizar múltiplas tarefas (d220)	4	4	4	0	0	4	4	4	0	2	4	2
Comunicação (d3)	Comunicação – recepção de mensagens verbais (d310)	0	0	3	0	4	2	4	3	4	4	4	0
	Comunicação – recepção de mensagens não verbais (d315)	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Fala (d330)	4	3	3	1	4	3	4	4	3	4	4	2
	Produção de mensagens não verbais (d335)	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Conversação (d350)	4	2	4	1	4	3	4	4	4	3	3	2
Mobilidade (d4)	Levantar e carregar objetos (d430)	4	2	3	0	0	4	1	1	0	2	2	4
	Uso fino das mãos (d440)	4	1	4	0	4	4	1	1	0	1	3	4
Cuidado pessoal (d5)	Andar (d450)	2	4	0	0	0	2	1	2	0	2	2	1
	Lavar-se (d510)	4	3	0	0	0	4	0	4	0	2	0	0
	Cuidado com as partes do corpo (escovar dentes, barbear-se...) [d520]	4	3	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0
	Vestir-se (d540)	4	0	0	0	0	2	0	4	0	2	4	0
	Comer (d540)	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0
Vida doméstica (d6)	Cuidar da própria saúde (d570)	4	3	0	0	0	0	0	2	0	2	4	0
	Aquisição de bens e serviços (fazer compras etc.) [d620]	4	4	3	4	0	4	4	4	4	2	4	4
	Preparação de refeições (d630)	4	4	3	4	1	4	9	9	4	1	9	3
	Tarefas domésticas (limpar a casa, lavar louça, roupas etc.) [d640]	4	4	3	4	1	4	9	9	4	4	9	4
	Ajudar os outros [d660]	4	4	0	4	0	0	1	4	4	2	3	4
Relações e interações interpessoais (d7)	Interações interpessoais básicas (d710)	4	3	0	0	1	0	4	3	1	3	3	0
	Interações interpessoais complexas (d720)	4	4	4	1	4	0	4	4	4	4	4	0
	Relações com estranhos (d730)	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	0
	Relações formais (d740)	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4
	Relações sociais informais (d750)	4	4	0	0	1	4	4	4	3	2	4	0
	Relações familiares (d760)	2	0	2	4	0	4	3	3	2	3	3	4
Áreas principais da vida (d8)	Relações íntimas (d770)	3	4	0	4	0	0	3	3	2	3	3	4
	Educação informal (d810)	3	2	0	0	0	0	3	9	0	2	2	0
	Trabalho remunerado (d850)	9	4	4	4	4	0	4	9	4	4	4	4
	Transações econômicas básicas (d860)	4	4	0	4	0	0	4	4	4	2	4	4
Vida comunitária, social e cívica (d9)	Vida comunitária (d910)	4	4	0	0	0	4	2	3	0	3	3	0
	Recreação e lazer (d920)	4	4	0	0	0	0	2	2	0	3	3	0
	Religião e espiritualidade (d930)	4	4	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0
	Vida política e cidadania (d950)	4	4	0	0	0	0	4	3	0	0	3	0

Legenda: 0: Nenhuma Dificuldade; 1: Dificuldade Leve; 2: Dificuldade Moderada; 3: Dificuldade Grave; 4: Dificuldade Completa; S: Sujeito; d: Atividade e Participação

Note-se que, embora o número de mulheres acometidas seja menor que o de homens, a idade do acometimento, no sexo feminino, foi de praticamente a metade. Tal fato, de certo modo, é revelado pelos dados censitários: segundo o IBGE⁽¹⁵⁾, as doenças cerebrovasculares são a primeira causa de morte no Brasil para o sexo feminino na faixa etária dos 20 aos 59 anos e a quinta causa de morte para o sexo masculino na mesma faixa etária. Tais doenças são a segunda causa de morte para homens com idade entre 50 e 59 anos.

Essa realidade culminou com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem⁽¹⁶⁾, a qual traz vários estudos comparativos entre homens e mulheres, comprovando o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo, às enfermidades graves e crônicas. Essa vulnerabilidade tem ligação com o fato de que os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção em saúde⁽¹⁷⁾.

No decorrer desta pesquisa, sete homens relataram nunca terem buscado atendimento de saúde anterior à lesão cerebral, segundo

Tabela 4. Fatores Ambientais (Parte 3)

Componente		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	
Domínio Produtos e tecnologia (e1)	Produtos ou substâncias para consumo pessoal (comida, remédios) [e110]	+4	4	0	+3	0	3	0	4	+4	0	4	4	
	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e115)	+4	4	1	0	2	3	0	0	+4	0	0	4	
	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes (e120)	2	4	+0	0	0	+3	0	0	+4	0	0	4	
	Produtos e tecnologia usados em arquitetura e construção de edifícios públicos (e150)	2	4	2	0	+2	+3	0	0	0	0	0	4	
	Produtos e tecnologia usados em arquitetura e construção de edifícios privados (e155)	2	4	2	0	+0	+3	0	0	0	0	0	4	
Ambiente natural (e2)	Clima (e225)	4	4	1	3	1	4	0	0	0	1	3	0	
Apoio e relacionamentos (e3)	Família imediata (e310)	+4	+4	+3	1	+0	4	2	+4	+4	4	+3	4	
	Amigos (e320)	+4	0	+0	1	4	+4	4	3	+4	+1	4	0	
	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e325)	+4	+4	+0	+3	4	4	4	2	4	0	+3	+3	
	Cuidadores e assistentes pessoais (e340)	+4	+4	0	3	+0	+4	+4	+4	+4	+4	+1	+4	4
	Profissionais de Saúde (e355)	+2	+4	1	+4	+4	+4	+4	+4	+2	+4	+2	2	+4
	Outros profissionais que fornecem serviços relacionados à saúde (e360)	+2	+4	1	+4	+4	+4	+4	+4	+2	+4	0	2	+4
Atitudes (e4)	Atitudes individuais de membros da família imediata (e410)	+4	+4	+3	1	+0	+4	+4	+3	+4	4	+4	4	
	Atitudes individuais de amigos (e420)	+4	0	4	0	4	+4	4	4	+4	+1	4	+4	
	Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais (e440)	+4	+4	0	+3	+0	+4	+4	+4	4	0	+4	4	
	Atitudes individuais dos profissionais de Saúde (e450)	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+3	+4	0	2	+4	
	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à Saúde (e455)	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+2	+4	0	2	+4
Serviços, sistemas e políticas (e5)	Serviços, sistemas e políticas de transporte (e540)	+1	4	+0	+4	+4	0	+3	+3	+3	4	3	+4	
	Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social (e570)	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	+4	
	Serviços, sistemas e políticas de Saúde (e580)	2	4	+1	+3	1	+4	2	3	+3	+3	+3	+4	
	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (e585)	0	3	4	+3	4	+4	4	0	0	4	3	4	
	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego (e590)	0	4	4	0	4	0	4	4	0	4	3	4	

Legenda: 0: Nenhuma Barreira; 1: Barreira Leve; 2: Barreira Moderada; 3: Barreira Grave; 4: Barreira Completa; 0: Nenhum Facilitador; +1: Facilitador Leve; +2: Facilitador Moderado; +3: Facilitador Considerável; +4: Facilitador Completo; S: Sujeito; e: Fatores Ambientais

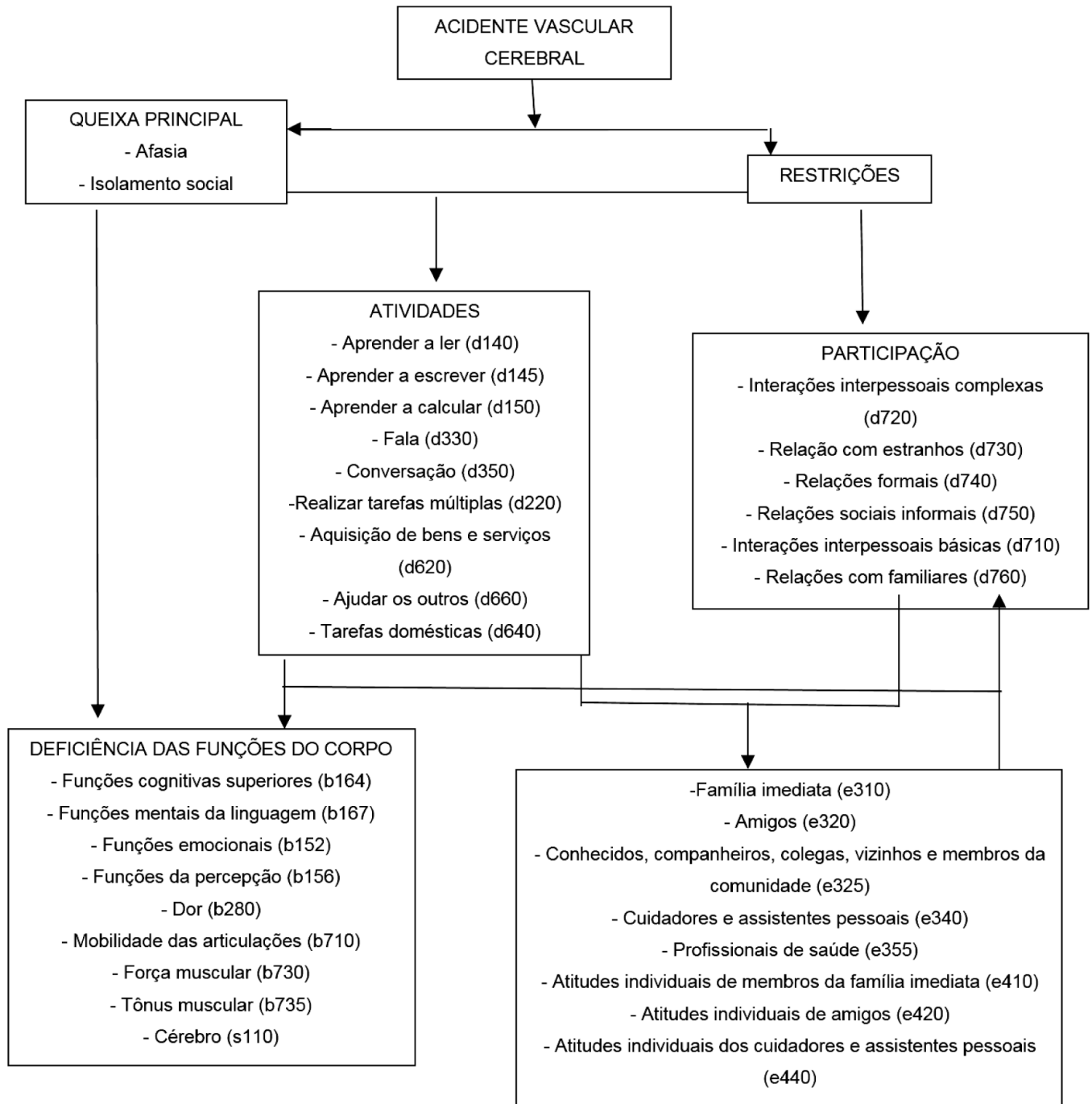
eles porque acreditavam que “estar doente” era a condição de não poderem executar atividades rotineiras/cotidianas. Agregado a isso, tem-se o fato de estar culturalmente impregnado, em nossa sociedade, o paradigma da masculinidade, com a concepção de que adoecimento é sinal de fraqueza. Isso, muitas vezes, acaba postergando ou impedindo que os homens busquem atendimento de prevenção que pode retardar ou evitar que determinadas lesões, como as decorrentes de AVC, ocorram^(17,18).

Homens apresentam mais fatores de risco para o AVC e, por isso, são mais acometidos que as mulheres⁽¹¹⁾. Elas, por outro lado, têm a “cultura do cuidado”, desenvolvida pelo evento da maternidade e acompanhamento da saúde dos filhos⁽¹⁷⁾, o que não implica efetivo impedimento de lesão cerebral, como aconteceu com as três mulheres deste estudo. A mais jovem (25 anos) não considerou relevante o alerta médico sobre o seu estado de saúde (obesidade, hipertensão e tabagismo) e, assim,

não seguiu as recomendações preventivas e medicamentosas do profissional (Parte 4 – Outras Informações Contextuais):

[...] meu médico me disse que eu estava obesa, com pressão arterial alta, precisava parar de fumar e fazer exercícios físicos, que necessitava urgentemente mudar meus hábitos e tomar medicação para controlar minha pressão arterial, para evitar doenças cardiovasculares futuras. Mas, chegando em casa, minha família e muitos amigos, começaram a debochar dizendo que isso era “besteira”, que pressão arterial elevada era coisa da terceira idade. Então, parei de tomar meu remédio e esqueci o que o médico havia dito [...] (Relato S3; 24 de novembro de 2011).

Isso mostra como paradigmas, hábitos e crenças das pessoas podem interferir na adesão (ou não) ao tratamento de saúde⁽¹⁸⁾.



Legenda: d: Atividade e Participação; b: Funções do Corpo; e: Fatores Ambientais
Fluxograma 1. Interações da CIF

Alguns estudos^(11,19) associam a ocorrência de AVC à presença de fatores de risco (sedentarismo, obesidade, hipertensão, arteriosclerose, dislipidemia, tabagismo, entre outros), o que também é demonstrado no presente estudo. Outro estudo⁽²⁰⁾ revela a ocorrência de uma menor frequência de AVC e de outras etiologias cerebrovasculares em jovens até 20 anos de idade, possivelmente por estarem menos vulneráveis aos fatores de risco.

Sabe-se que a localização, a extensão do dano cerebral, os cuidados clínicos iniciais e os de reabilitação, associados à

singularidade do sujeito e a fatores ambientais, determinam as restrições e as limitações subsequentes ao episódio lesional. Neste estudo, todos os participantes indicaram deficiência (com intensidade singular) das funções do corpo, as quais interferem negativamente no cotidiano, das Funções Cognitivas Superiores e Funções Mentais da Linguagem. E, por conseguinte, relataram dificuldades nas atividades de Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento e nas Tarefas e demandas gerais e na Comunicação.

A deficiência nas Funções Cognitivas Superiores e Mentais da Linguagem traz consequentemente dificuldades na participação

das atividades – conforme evidencia Franchi, importante linguista brasileiro, a linguagem, antes de ser comunicação, é processo criador em que organizamos e informamos nossas experiências⁽²⁰⁾. É por meio dela que organizamos todos os processos cognitivos, pois interagimos, compreendemos, sentimos o mundo físico e social; ela é atividade constitutiva que sustenta e é sustentada na interação social^(10,20).

As estruturas corporais relacionadas ao movimento e às funções sensoriais/dor e neuromusculoesqueléticas afetadas são indicadas pelos sujeitos deste estudo como deficiências que interferem em seu cotidiano. Tais condições decorrem da lesão cerebral, são sequelas (hemiplegias e hemiparesias) que prejudicam (em diferentes intensidades) a vida diária da pessoa. Outro estudo²¹ apontou a hemiparesia como a seqüela mais comum no AVC e, ainda, associa as limitações físico-funcionais a fatores ambientais (ressalta que esses afetam diretamente a funcionalidade dos sujeitos), o que impõe dificuldades na participação em tarefas e ações da vida. Confira na Tabela 3 as limitações de atividades e as restrições à participação.

Devido à afasia, predominaram dificuldades nas atividades (Tabela 3) que envolvem a linguagem e os eventos que dela dependem. Porém deve-se observar que a maioria dos sujeitos relatou dificuldades na interpretação verbal (recepção de mensagens verbais) e não relatou dificuldades na interpretação da linguagem não verbal (recepção de mensagens não verbais). Tal fato revela que outras formas de linguagem (gestos, desenhos, objetos) podem ser utilizadas para garantir a interação das e com pessoas afásicas, fato que promove a inclusão social.

A incapacidade (dificuldade, em nossos termos), conforme enfatiza a CIF, é uma restrição resultante da relação complexa entre a condição de saúde (fatores pessoais) e os fatores externos (circunstâncias nas quais o sujeito vive). Segundo a CIF, os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida; são, pois, externos aos sujeitos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o desempenho deles na participação e nas atividades⁽⁸⁾. O ambiente em que o sujeito afásico vive tem influência direta sobre a sua participação e a sua atividade, por isso é extremamente importante na atenuação ou eliminação das restrições provocadas pelas lesões encefálicas⁽²²⁾.

Ressalta-se que diferentes ambientes podem ter impacto distinto sobre o mesmo sujeito; um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, restringe sua participação, já ambientes mais facilitadores melhoram-na⁽⁶⁾. No caso de sujeitos afásicos, a avaliação dos fatores ambientais pode ser um caminho para uma intervenção mais apropriada e eficiente⁽²³⁾. Porém é de extrema dificuldade avaliar algo tão “multifacetado” como o ambiente e a sua influência dinâmica no comportamento humano⁽²⁴⁾. Apresentam-se, na Tabela 4, as barreiras e/ou facilitadores ambientais vivenciados pelos sujeitos deste estudo.

A maioria dos sujeitos relatou a atitude e o apoio físico, prático ou emocional das pessoas que convivem diariamente com eles como facilitadores completos. No entanto, existem sujeitos, em menor número, que relataram barreiras completas nesse aspecto.

Quanto aos serviços, sistemas e políticas de reinserção no trabalho e emprego, a maioria dos sujeitos deste estudo classificou como barreira (Tabela 4). Todos recebem auxílio-doença ou

aposentadoria por invalidez, apesar de muitos ainda estarem em idade produtiva.

Em outro estudo⁽²⁵⁾, 25% dos sujeitos acometidos por AVC indicaram como facilitadores completos a família imediata e os profissionais de saúde. Tal evidência se mostrou mais elevada neste estudo, pois 33% dos sujeitos consideraram facilitador completo o apoio familiar imediato e 58% consideraram facilitador completo o apoio dos profissionais de saúde. A propósito, o GIC se configura como serviço que integra os sujeitos, os familiares, profissionais e estudantes da saúde e, à medida que cuida, instiga o uso da linguagem e das estruturas corporais comprometidas, favorecendo o desempenho de atividades e a participação social, além de promover a ampliação dos conhecimentos a respeito das afasias e dificuldades sensório-motoras dos sujeitos afásicos e de seus familiares/cuidadores.

Os serviços de média complexidade dedicados à reabilitação, no Brasil, são caracterizados pela dificuldade de acesso e pela inexistência da integração entre suas ações (falta de planejamento das ações, desconsideração da real necessidade/perfil da população, poucos investimentos em qualificação profissional e baixa regulação da oferta existente), o que prejudica o processo de recuperação da população que necessita desses serviços de saúde⁽²⁶⁾. Esses precisam de urgentes e contínuos investimentos para a materialização das políticas públicas nos diferentes territórios/espacos de vida e saúde⁽²⁷⁾. Convém, ainda, a revisão da legislação existente, a identificação das falhas dos serviços disponíveis para melhor planejamento das ações, contemplando as singularidades tão complexas das pessoas⁽²⁸⁾.

Assim, pode-se inferir que as lesões encefálicas do tipo AVC causam um desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico dos sujeitos, que determina, juntamente com os fatores ambientais, restrições nas atividades e na participação dos acometidos. A limitação imposta pela lesão leva os sujeitos afásicos a adequarem-se a uma nova condição física, emocional e social, a qual, muitas vezes, é permeada por sentimento de frustração, seja pela perda das funcionalidades individuais, seja pela inadequação aos novos papéis a eles atribuídos. Nessa fase, família e amigos configuram-se como importante rede de apoio na superação das dificuldades e limitações dos sujeitos lesionados, servindo de alavanca para a estimulação da participação e do desempenho em suas atividades⁽²⁹⁾. Neste estudo, constatou-se que essa rede de apoio se afasta passado o tempo inicial do AVC:

[...] amigos ... familiares se afastaram ... AVC; disseram ... esposa que ficam constrangidos por não entenderem o que quero falar. [...] prefiro não me relacionar ..., porque elas dizem que estou com deficiência mental porque não consigo falar direito. (Relato S6; 02 de abril de 2012).

O isolamento social atinge os sujeitos e seus familiares, influenciando negativamente a sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo caracterizou as condições de vida e saúde de 12 sujeitos afásicos (por AVC); 9 homens (entre 38 e 69 anos) e 3 mulheres (entre 25 e 42 anos).

Pôde-se evidenciar que todos os sujeitos indicaram deficiência das Funções do Corpo (com maior ou menor intensidade), realçando

as dificuldades relativas às Funções Cognitivas Superiores e Funções Mentais da Linguagem. Por conseguinte, relataram dificuldades na Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento, nas Tarefas e demandas gerais – Comunicação.

As pessoas com afasia apresentam sérias restrições na participação e nas atividades, que envolvem a linguagem e os eventos que dela dependem: interação intrapessoal (íntima), interações interpessoais (básicas e complexas) – relações informais e formais com familiares e com estranhos, preparação de refeições, tarefas domésticas, ajuda aos outros, aquisição de bens e serviços, transações econômicas básicas e realização de trabalho remunerado. A maioria (67%) relatou dificuldades na interpretação verbal (recepção de mensagens verbais), contrariamente à interpretação da linguagem não verbal (16,6%).

Quanto aos fatores ambientais, a maioria dos sujeitos relatou a atitude e o apoio físico, prático ou emocional das pessoas com quem convivem diariamente como facilitadores completos. O mesmo não se aplica aos serviços, sistemas e políticas de reinserção para o trabalho, classificados, pela maioria dos sujeitos, como barreiras.

Portanto, a pesquisa evidenciou restrições resultantes da complexa relação entre afasia (fatores internos) e os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o sujeito vive (Fluxograma 1).

A utilização da CIF possibilitou a compreensão do impacto da afasia na sobrevida dos sujeitos lesionados cerebrais. Ela mostra-se pertinente em estudos relacionados a sujeitos afásicos pois possibilita uma visão multidimensional dos aspectos que envolvem a afasia, ou seja, explícita a interação entre as questões biológicas, psicológicas e sociais, além de manter uma linguagem padronizada que possibilita a interação entre diversos campos da saúde, em nível mundial.

REFERÊNCIAS

- Novaes-Pinto RC. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. *Letras de Hoje*. 2012;47(1):55-64.
- Coudry MIH. *Diário de narciso: discurso e afasia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Morato EM. Afasias entre o normal e o patológico: da questão neuro(linguística) à questão social. In: Silva FL, Moura HMM, editores. *Direito à fala: a questão do preconceito linguístico*. Florianópolis: Insular; 2000. p. 63-74.
- Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idoso portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):933-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600010>. PMID:21308225.
- Brito ES, Rabinovich EP. A família também adoecer!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. *Interface*. 2008;12(27):783-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400009>.
- OMS: Organização Mundial da Saúde. *Organização Panamericana da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. São Paulo: EdUSP; 2003.
- Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>.
- OMS: Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*. Geneva: OMS; 2001. 11 p.
- Bakhtin MM. *Estética da criação verbal*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- Fedosse E. Afasia e criatividade da e na linguagem implicações para o acompanhamento fonoaudiológico. *Web Revista Discursividade [Internet]*. 2010;7:1-16 [citado em 2015 Jan 26]. Disponível em: <http://www.discursividade.cepad.net.br/EDICOES/07/Arquivos/04%20Elenir.pdf>
- Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem pós acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. *Rev. CEFAC*. 2014;16(3):853-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620142613>.
- WHO: World Health Organization. *Noncommunicable Diseases and Mental Health [Internet]*. Overview and manual. Version 2.0. Geneva: WHO; 2005 [citado em 2015 Maio 25]. Disponível em: http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.pdf
- Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, Figueiredo NL, Fiorot JA, Rocha TN, et al. Stroke awareness in Brazil. *Stroke*. 2008;39(2):292-6. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.493908>. PMID:18162624.
- Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2919-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600029>. PMID:21709988.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. *Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Brasília; 2013 [citado em 2013 Jun 26]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem*. Brasília; 2008.
- Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos Figueiredo W, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4503-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>.
- Pereira IMO. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Science*. 2015;2(2):21-40.
- Oliveira FF. Afasia Semântica como uma única manifestação de AVC agudo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(1):119-30. PMID:20339666.
- Franchi C. Linguagem: atividade constitutiva. *Rev. GEL*. 2002;37-74. 50º Seminário em memória de Carlos Franchi (1932-2001).
- Lopes GL, Castaneda L, Sobral LL. Abordagem das atividades funcionais e da influência dos fatores ambientais em pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico. *Acta Fisiatr*. 2012;19(4):237-42. <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20120038>.
- Martins GIA. *Fatores ambientais na funcionalidade de pessoas com AVC [dissertação]*. Santiago: Universidade de Aveiro; 2010.
- Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustün B. The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):588-95. PMID:12959332.
- Law M, Baum C, Dunn W. *Measuring occupational performance: measuring environmental factors*. 2. ed. USA: Slack Incorporated; 2005.
- Castaneda L, Silveira H, Andrade FG, Martins JV. Abordagens da funcionalidade de pacientes hemiparéticos crônicos através da classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Fisioter. Brasil*. 2011;12(5):330-5.
- Solla J, Chioro A. *Atenção ambulatorial especializada*. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, editores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.
- Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Lima MLLT, Barreira AK. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1817-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500023>.
- Santos FC. *Diagnóstico da situação os serviços ambulatoriais de reabilitação física no SUS na cidade de Salvador – Bahia [dissertação]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.
- Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Association between social support and the profiles of family caregivers of patients with disability and dependence. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1359-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600016>. PMID:24626362.

Contribuição dos autores

JP realizou a coleta e a interpretação dos dados e participou da elaboração do manuscrito; MCCD e EF participaram da elaboração do manuscrito e da revisão do mesmo.