

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

Assessment of language after stroke in adults in the state of Sergipe

João Sigefredo Arruda⁽¹⁾, Francisco Prado Reis⁽²⁾, Vânia Fonseca⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência de distúrbios de linguagem nos indivíduos que sofreram Acidente Vascular Cerebral. **Métodos:** 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 baseada 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. **Resultado:** 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. **Conclusão:** maior percentual da amostra apresenta mais alteração na compreensão do que na expressão.

DESCRITORES: Acidente Vascular Cerebral; Afasia; Transtornos da Linguagem; Testes de Linguagem

■ INTRODUÇÃO

Dentre os processos que se estabelecem entre as pessoas, possivelmente, a comunicação é o mais importante, pois 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, há exigência da integridade de mecanismos cerebrais responsáveis pela linguagem.

O avanço nas ciências da saúde influencia a ocorrência da maior expectativa de vida e, por esse motivo, contribui para o aumento do número

de idosos², fato observado em quase todo o mundo³. 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 idosa do mundo⁴. É na população com mais idade que se observa maior predisposição a ocorrência de problemas circulatórios e degenerativos que, frequentemente, ocasionam danos cerebrais³. 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 Alzheimer⁵.

O AVC é a maior causa de incapacidade entre os adultos⁶. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o AVC, é uma das alterações neurológicas mais comuns durante o envelhecimento, e pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro⁷. 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 relatam que os distúrbios

(1) Universidade Federal de Sergipe – UFS, Lagarto, Sergipe, Brasil.

(2) Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, Sergipe, Brasil.

(3) Universidade Tiradentes - UNIT e do Instituto de Tecnologia e Pesquisa – ITP, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Fonte de Auxílio à Pesquisa: Universidade Tiradentes

Conflito de interesses: inexistente

de linguagem são as principais sequelas geradoras de incapacidades funcionais⁸. Estudos apontaram o AVC como a principal causa da afasia na contemporaneidade⁵, que pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes, atingindo até 40% na fase aguda⁹.

Pesquisadores ressaltam 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 escrita^{4,7,9,10}.

Dentre as diversas classificações, a de Boston é a mais divulgada¹¹ na qual as afasias de Broca e Wernick são as mais conhecidas, podendo ser entendidas como: afasia de Broca, afasia de expressão caracterizada por lesão no córtex frontal esquerdo, em que a compreensão está mais preservada havendo dificuldade em expressar pensamentos com a utilização da linguagem verbal ou escrita; afasia de Wernick ou afasia de recepção, decorrente de lesão no córtex temporal posterior esquerdo e que se caracteriza por compreensão de linguagem comprometida, variando de pouco alterada até ausente. Ainda nesse tipo de afasia, a fala está fluente, porém, muitas vezes, desprovida de significado¹².

Neste estudo, serão adotados os termos afasia de compreensão e de expressão, descritos da seguinte forma “afasia de recepção ou compreensão, de Wernick, sensorial ou fluente” como sendo a que apresenta dificuldade em “compreender o símbolo das palavras” e “afasia de expressão ou motora, de Broca ou disfluente” a que ocasiona “dificuldade em organizar as regras convencionais da língua”¹³.

Foi referido que existem muitos testes estrangeiros para avaliação das afasias¹⁴. Como exemplo, cita-se: o *Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)*¹⁵, *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^{14,18,19}.

Pesquisas afirmam 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^{16,20}. É mencionado que o BDAE seria sensível a variáveis demográficas, em particular ao nível de escolaridade¹⁷. 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 lê²¹⁻²².

Com foco nos falantes da Língua Portuguesa falada no Brasil, foi elaborado o Teste do Rio de Janeiro ou Teste de Reabilitação das Afasias¹², o qual foi utilizado neste estudo. Tal instrumento objetiva analisar a linguagem do sujeito afásico, visando direcionar os profissionais da área de afasiologia ao trabalho de reestruturação da linguagem.

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

■ MÉTODOS

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 nº 061011.

Este é um estudo com abordagem quantitativa, de caráter descritivo, realizado por meio de pesquisa de campo, utilizando-se questionário validado e adaptado às especificidades regionais da população estudada, que é formada por todos os pacientes, que sofreram AVC, atendidos no setor de Neurologia e Geriatria do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia, no período de fevereiro a agosto de 2012. Não foram incluídos sujeitos com qualquer acometimento demencial e/ou neurodegenerativo diagnosticado antes ou após o AVC ou que apresentaram histórico de distúrbios de linguagem antes do AVC.

Os sujeitos foram selecionados após análise de prontuários médicos, 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, este teste se propõe, dentre outras questões, saber quais resíduos linguísticos estão funcionais, ou seja, qual área da linguagem deve ser priorizada no início da reabilitação. Nesta pesquisa, a pontuação seguiu o padrão proposto pelo Teste do Rio de Janeiro, onde são atribuídos três pontos para acerto, dois pontos para autocorreção, um ponto e meio para resposta com facilitação do avaliador, meio ponto para erro e zero para ausência de resposta.

Neste estudo não foi possível utilizar o teste supracitado em sua totalidade pois, em virtude da pesquisa ter sido realizada em um uma clínica escola sem fins lucrativos, portanto destinada a atender pessoas de baixo nível socioeconômico, acreditava-se encontrar, a exemplo do Nordeste e do Brasil, uma alta proporção de pessoas que são analfabetos funcionais, fato que traria viés a pesquisa. Ao se optar em incluir estes sujeitos, houve a necessidade em 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.

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

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.

Objetivando 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 dos resultados foi realizada com o auxílio da estatística descritiva e da estatística probabilística. Durante análise descritiva foi utilizada a distribuição de frequência, cálculos da média, desvio padrão e percentis. O auxílio de estatística probabilística se deu por meio do Teste U de Mann-Whitney, considerando-se o nível de significância de 0,10%.

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 foi considerado 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 têm 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, 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 expressão grave.

■ RESULTADOS

A análise dos prontuários foi iniciada com onze sujeitos acometidos por AVC, atingindo-se, ao final, o total de 31 as quais foram submetidas à avaliação. Dentre os 31 avaliados, 22 participantes ou 71% afirmaram ter pelo menos um fator de risco

associado ao AVC em comparação aos 09, ou 29%, que não ressaltaram tal ocorrência (Tabela 1).

Dentre os pesquisados, 17 eram homens (53,8%) e 14 mulheres (42,5%), com variação

de idade entre 30 e 94 anos. Foi encontrado 16 sujeitos (51,6%) que possuem abaixo ou igual a 65 anos enquanto 15 (48,4 %) estavam acima de 65 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição de frequência de fatores de risco por gênero (ARACJU-SE, 2012)

FATOR DE RISCO	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

Tabela 2 - Distribuição de frequência do perfil sociodemográfico dos indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral (ARACJU-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

Quanto à escolaridade, 18 sujeitos (58,1%) tinham escolaridade abaixo ou igual a fundamental incompleto, e 13 (41,9%) com escolaridade acima de fundamental incompleto (Tabela 3). Na comparação entre idade e escolaridade, evidenciou-se

que pessoas mais jovens possuem maior escolaridade (Tabela 3). Os indivíduos com escolaridade acima do fundamental incompleto obtiveram melhor desempenho na maioria dos itens avaliados (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição de frequência de gênero e faixa etária por escolaridade (ARACJU-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	65,1	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

Tabela 4– Distribuição das médias das provas por escolaridade (ARACJU-SE, 2012)

PROVA	ESCOLARIDADE	N	MÉDIA	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 LINGÜÍSTICAS	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

Na distribuição de escolaridade por gênero, foi revelado que a maior parte dos sujeitos possui escolaridade até fundamental incompleto, ou seja, dez homens (55,6%) e oito mulheres (44,4%). Entre os que apresentaram escolaridade acima de fundamental incompleto, houve maior percentual de homens, sete ou 53,8%, em comparação a seis mulheres ou 46,2%. (Tabela 3).

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). 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 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

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 sujeitos do estudo, 26 (83,9%) ressaltaram limitação das atividades de vida diárias e cinco (16,1%), não referem tal limitação. A comparação entre a limitação das atividades de vida diárias com pesquisa da Evocação (Tabela 7) revelou que as pessoas com esta limitação pontuaram menos em comparação com que as que não a apresentavam.

Baseando-se nos pontos de corte dos percentis, foi verificada compreensão normal em 10% da amostra e afasia de compreensão em 90%, destes 50% de nível leve, 30% moderado e 10% grave. A expressão estava normal em 40% dos pesquisados e foi encontrada afasia de expressão em 60%, dividindo-se em 10% de grau leve, 20% moderado e 30% grave.

Tabela 7 - Distribuição de médias das provas em relação às atividades de vida diárias(ARACJU-SE, 2012)

PROVA	LIMITAÇÃO DAS AVDS	N	M	DP	Mann- Whitney	
					U	P
EVOCAÇÃO	Sim	26	21,8	7,7	32,5	0,051
	Não	5	27,0	0,0		

N= Número de pacientes avaliados

M= Média

DP= Desvio padrão

U= Valor do teste de Mann-Whitney

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 por meio de revisão bibliográfica aponta que, enquanto os AVC(s) predominam em homens até os 85 anos, a partir desta 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, que estudou 192 sujeitos afásicos, 100 ou 52% eram homens e 92 ou 48%, mulheres²³, além de pesquisa efetuada com 111 pacientes admitidos com diagnóstico de AVC em uma Unidade Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação em Lisboa, Portugal, onde 56,8% eram homens e 43,2% mulheres²⁴.

De acordo com os achados e segundo a proposta do Teste do Rio de Janeiro, os sujeitos com escolaridade até 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 anos²³, de 19 a 80 anos¹³ e de 15 a 84 anos¹⁸. A ocorrência de maior intervalo de idade nestes trabalhos pode ser justificada pelo fato de seus critérios de inclusão aceitar, além do AVC, outras lesões cerebrais.

A afirmativa, deste estudo, quanto à significância da ocorrência de AVC na população brasileira é

corroborada por pesquisa semelhante, na qual dos 192 sujeitos do estudo, 111 pessoas ou 58 % da amostra apresentou AVC como fator etiológico de lesões cerebrais²³.

Pesquisadores^{5,8,25} associaram a ocorrência de AVC à presença de fatores de risco, o que foi também demonstrado no presente estudo. Foi sugerido ocorrer 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.

Foi descrito⁶ 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 sujeito²⁴. A porcentagem de pacientes que apresentam um quadro afásico depois de um AVC é cerca de 20 a 38%¹⁵. No ocidente o AVC é considerado a causa mais relevante de incapacidade funcional²⁴ acometendo principalmente adultos e idosos³.

Achados semelhantes foram evidenciados neste estudo, o qual mostra que a afasia, acometeu principalmente pessoas em uma fase produtiva de suas capacidades laborativas e intelectuais. Tal ocorrência promove graves prejuízos sócios culturais na vida dos sujeitos²⁶, como limitação das Atividades de Vida Diária (AVDs)²⁷ levando a déficits tanto em habilidades linguísticas quanto em habilidades não linguísticas²⁸, além de estresse emocional²⁹.

Por serem mais jovens e apresentarem maior escolaridade os sujeitos deste estudo, com menos 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.

Corroborando 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. Nesta, utilizando-se o

BDAE, ao comparados 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. Outros estudos também ressaltam que o grau da escolaridade pode justificar as dificuldades comunicativas enfrentadas pelo afásico²⁶.

Em pesquisa realizada em dois Hospitais Universitários com 741 pacientes que sofreram AVC, 30% apresentaram afasia⁶. Entretanto, o presente estudo revela que maior parte da amostra possuía afasia, ou seja, 90% afasia de compreensão e 60% afasia de expressão. Este resultado coaduna com o de 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 de fundamental incompleto pontuam mais. Os dados ainda revelam quem 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 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 apresentaram 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 à escolha de se excluir 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 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 a uma melhor compreensão do paciente e, conseqüentemente, sobre os cuidados prestados a eles o que favorecerá a seu melhor prognóstico.

■ AGRADECIMENTOS

À Universidade Tiradentes.

Aos meus orientadores

Aos dirigentes do Centro de Educação e Saúde Ninota Garcia por acreditarem na relevância desta pesquisa.

A todos os pacientes que participaram desta pesquisa, seus familiares e cuidadores.

ABSTRACT

Purpose: to study the occurrence of language disorders in subjects who had suffered stroke from February to August 2012, under treatment at the center for education and health of Sergipe State, in the section of physiotherapy referral. The language evaluation was based on the Test of Rio de Janeiro (2005). **Methods:** data analysis was performed using descriptive statistics and probability through frequency distribution, calculation of mean, standard deviation and percentiles, Mann-Whitney U Test and Chi-Square. **Results:** the sample was composed of 31 subjects, of both genders, aged in between 30 and 94 years. The data also showed that gender, education and age, influence test performance, verifying that the male subjects below 65 years and those with schooling above incomplete primary school level have higher scores. **Conclusion:** the data show that a higher percentage of the sample has comprehension disorders, when compared to language expression disorders.

KEYWORDS: Stroke; Aphasia; Language Disorders; Language Tests

■ REFERÊNCIAS

1. Carrasco MCO. Fonoaudiologia Empresarial: Perspectiva de consultoria, assessoria e treinamento. São Paulo: Lovise, 2001.
2. Morerira L, Schlottfeldt CG, Paula JJ de, Daniel MT, Paiva A, Cazita *et al.* Estudo normativo do Token Test versão reduzida: dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. *RevPsiqClin*. 2011;38(3):97-101.
3. Pedreira LC, Lopes RL. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu acidente vascular cerebral. *Rev Bras de Enferm*. 2011;63(5):837-40.
4. Pacheco R. Reabilitação fonoaudiológica do afásico em uma perspectiva focalizada no cotidiano [Dissertação]. Tubarão (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004.
5. Magalhães LA, Bilton TL. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Rev Dist Comunic Hum*. 2004; 16(1): 65-81.
6. Maas MT, LEV MH, AY H, Singhal AB, Greer DM, Smith W *et al.* The prognosis for aphasia in stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012;21(5):350-7.
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*. 2011;13(2):330-9.
8. Oliveira FF. Afasia Semântica como uma Única Manifestação de AVC Agudo. *ArqNeuropsiquiatr*. 2010;68(1):119-30.
9. Sitta, El, Arakawa AM, Caldana MdeL, Peres SH de CS. Contribuições de Estudos Transversais na Área da Linguagem com Enfoque em Afasia. *Rev CEFAC*. 2010;12(6):1059-66.
10. Law J. Distúrbios da linguagem na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
11. Vieira ACC, Roazi A, Queiroga BM, Asfora R, Valença MM. Afasias e áreas cerebrais: argumentos pós e contras à perspectiva localizacionista. *Rev PsicRefClin*. 2011;24(3):588-96.
12. Altschuler EL, Multari A, Hirstein W, Ramachandran VS. Situational therapy for Wernicke's aphasia. *Medical Hypotheses*. 2006;6(1):713-6.
13. Jakubovicz R. Teste de Reabilitação das Afasias – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
14. Casarin FS, Pagliarin KC, Koehler CR de O, Fonseca RP. Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. *Rev CEFAC*. 2011;13(5):917-25.
15. Romero M, Sánchez A, Navarro MD, Ferri J, Noé E. Utilidad clínica de la versión en castellano del Mississippi Aphasia Screening Test (MASTsp): Validación en Pacientes con Ictus. *Neurologia*. 2012;27(4):216-24.
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*. 2011;23(3):220-6.
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 JMedBio Res*. 2005;38(2):277-92.
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. Fonseca RP, Casarin FF, Oliveira CR, Ishigaki ECSS, Ortiz KZ, Parente MAMPet *al.* Adaptação de instrumentos neuropsicológicos verbais: um fluxo de procedimentos para além da tradução. *Interação em Psicologia*.2011;15(n especial):59-69.
21. Instituto Paulo Montenegro. Indicador de alfabetismo funcional 2009: principais resultados. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/ipm/relatorios/relatorio_inaf_2009.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2012.
22. Ribeiro, VM. Analfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. *RevEducSoc*. 2007;18(60):144-58.
23. Mansur LL, Radanovic M, Rüegg D, Mendonça L de, Scaff M. Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. *Med J*. 2002;120(6):170-4.
24. Barbosa AC, Medeiros LS, Duarte N, Moraes J, Mendes M. Afasia y depresión Post-Ictus: una relación predictiva. *Reaboliación*. 2012;46(1):36-40.
25. Ballone GJ. Estresse. Psiqweb, Programa de Psiquiatria Clínica na Internet, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://meusite.osit.com.br/ballone>>. Acesso em: 20 abril 2011.
26. Farah CdaS, Cintra LG. A Reabilitação do sujeito afásico: uma visão sóciointeracionista. *O Mundo da saúde*.2010;34(2):238-43.
27. Panhoca I, PupoACdeS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *Rev CEFAC*. 2010;12(2):299-307.
28. Seniów J, Litwin M, Leśniak M. The relationship between non-linguistic cognitive deficits and language recovery in patients with aphasia. *JNeuroSci*.2009;3(1):91-4.
29. Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(1):86-95.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620142613>

Recebido em: 29/01/2013

Aceito em: 28/05/2013

Endereço para correspondência:

João Sigefredo Arruda

Rua Jasiel de Brito Cortes, 655, Bloco F, Apto: 103

Bairro Jabotiana

Aracaju - Sergipe – Brasil

CEP: 49095-780

E-mail: jsigefredo@yahoo.com.br