

Perfil da Linguagem em Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Atendidos pelo Serviço Assistencial Domiciliar Multidisciplinar em Porto Velho – Rondônia

LANGUAGE PROFILE IN STROKE PATIENTS ATTENDING THE MULTIDISCIPLINARY HOME CARE SERVICE IN PORTO VELHO, RONDÔNIA

Amanda Leite da Silva Cabral¹, Flávia Peres de Lima², Jéssica Iara Costa Bessa Paraguassú³

¹Professora, Especialista – Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), ²Graduada em Fonoaudiologia – Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), ³Professora, Especialista – Centro Universitário São Lucas

RESUMO

Introdução: A afasia é uma das sequelas mais importantes que ocorrem após lesão cerebral de acidente vascular encefálico (AVE).

Objetivos: Identificar o perfil da linguagem oral de pacientes com AVE, atendidos pelo Serviço Assistencial Multidisciplinar Domiciliar (SAMD) na cidade de Porto Velho – RO. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado na residência dos pacientes que estavam sendo atendidos pelo SAMD. Onde foi utilizado o protocolo de Teste de Reabilitação das Afasias composto inicialmente de um questionário que foi aplicado com os familiares dos pacientes para coletar dados quanto ao AVE e os Testes de Comunicação Oral para avaliar os pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 11 sujeitos com AVE e oito sujeitos apresentaram afasia emissiva do tipo Broca (100%) com presença de agramatismo e anomia (87,5%), e déficit na organização da comunicação e na memória (100%). Referente à etiologia do AVE, verificou-se que 62,5% dos sujeitos apresentaram etiologia decorrente de hipertensão, com tempo de sequelas com tempo entre um ano menos e a três anos (37,5%). Todos os sujeitos (100%) eram muito falantes antes do AVE, porém 50% continuaram muito falantes após o AVE e os outros 50% se tornaram pouco falantes. **Conclusão:** Os resultados evidenciam que a maioria dos sujeitos apresentaram afasia emissiva do tipo Broca, em decorrência de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico tendo como fator etiológico a hipertensão. Desencadeando alterações de linguagem como anomia e agramatismo, afetando ainda suas habilidades de comunicação como a memória e a organização da linguagem.

Palavras-chave: Linguagem. Acidente Vascular Encefálico. Afasia. Compreensão. Comunicação. Transtornos da Articulação.

ABSTRACT

Introduction: Aphasia is one of the most important sequelae that occur after brain injury from stroke. **Objectives:** To identify the oral language profile of patients with stroke, assisted by the Multidisciplinary Home Care Service (SAMD) in the city of Porto Velho - RO.

Materials and Methods: This was a cross-sectional and quantitative study carried out at the residence of the patients who were being treated by the SAMD. Where the Aphasia Rehabilitation Test protocol was used, composed initially of a questionnaire that was applied with the relatives of the patients to collect data regarding the AVE and the Oral Communication Tests to evaluate the patients. **Results:** Eleven subjects with EVA were evaluated, and eight subjects presented Embryonic Emphasis of Broca type (100%) with presence of agrammatism and anomia (87.5%), and deficits in the organization of communication and memory (100%). Regarding the etiology of the AVE, 62.5% of the subjects presented etiology due to hypertension, with sequelae time between one year less and three years (37.5%). All subjects (100%) were very talented before the AVE, but 50% remained very talented after the AVE and the other 50% became less talkative. **Conclusion:** The results show that most of the subjects presented Embryonic Emphasis of the Broca type, due to Ischemic Stroke, having as etiologic factor hypertension. Unleashing language changes such as anomie and agrammatism, still affecting his communication skills as memory and the organization of language.

Keywords: Language. Vascular Brain Accident. Aphasia. Understanding. Communication. Articulation Disorders.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é considerado uma das questões de saúde pública mais

preocupantes da atualidade. De acordo com a World Stroke Organization – WSO (2017) cerca de 16 milhões de pessoas sofrem lesões cerebrais em decorrência de AVE no mundo por ano e 6,7 milhões dessas pessoas vão a óbito, apresentando uma estimativa de que um a cada seis indivíduos no mundo sofrerão AVE no decorrer da vida. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (2016) e da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (2017) o AVE é a primeira causa de morte no Brasil e a segunda no mundo.

As consequências do AVE são variadas, dependendo de local e da extensão da lesão cerebral. Tais lesões podem resultar em alterações na linguagem e na comunicação do indivíduo, sendo a afasia um dos distúrbios de linguagem mais comum (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

As afasias são consideradas como alterações neurológicas mais comuns após lesão focal adquirida no Sistema Nervoso Central (SNC), em áreas responsáveis pela linguagem compreensiva, expressiva, oral e escrita (JAKUBOVICS; CUPELLO, 2005; TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011). Não compreende uma doença, mas sim, uma desordem neurofisiológica multimodal manifestada por dificuldades de ler, falar e/ou escrever acompanhada de modificações no comportamento, nas esferas intelectuais e emocionais, nas atitudes e na personalidade (MAC-KAY; FERREIRA; FERREIRA, 2003). Ocorre uma alteração no conteúdo, na forma e no uso da linguagem e de seus processos cognitivos subjacentes, como as funções superiores de percepção e memória (ORTIZ 2010).

Quanto a sua classificação podem ser consideradas como: emissivas, receptivas e mistas, apresentando comprometimento das áreas de emissão, recepção ou ambas, respectivamente (ORTIZ, 2005).

Emissivas são aquelas em que o sujeito apresenta dificuldade na execução dos movimentos fonoarticulatórios e de posicionamento, tendo como consequência

uma fala entrecortada, com parafasias e prolongamentos (FEDOSSE, 2007). São classificadas em Broca, Transcortical Motora e de Condução (BEAL, 2010). Sendo a afasia de Broca aquela em que o sujeito apresenta como característica uma fala espontânea não fluente com prejuízo na capacidade de nomeação e repetição, enquanto que a compreensão auditiva para sentenças simples encontra-se preservada. (HILLIS, 2007; ORTIZ, 2005; PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005).

Na afasia Transcortical Motora o indivíduo apresenta fala espontânea não fluente e característica de linguagem extremamente reduzida, expressão lenta, breve e produzida com esforço, dificuldade na espontaneidade motora, diminuição geral da iniciativa e latência (PEÑA-CASANOVA; PAMIES; DIÉGUEZ-VIDE, 2005). Na afasia de Condução, a alteração na repetição tem maior destaque, pois se encontra dissociada das demais funções essenciais, sendo que a fluência do discurso e a compreensão estão preservadas (MARTINS, 2006).

Os principais déficits linguísticos encontrados nas afasias emissivas são a anomia, parafasias, agramatismos, paráfrase, circunlóquio, neologismo e perseveração, nos níveis de palavras, da sentença e do discurso (ORTIZ, 2010). Sendo que a anomia é definida como a falta de habilidade em reaver o objeto ou a palavra, tanto em nível fonológico quanto na forma ortográfica, sem ter comprometimento quanto ao conhecimento do seu significado (DELEON et al., 2007). As parafasias são as manifestações em que ocorre a troca de uma palavra por outra podendo ser classificadas em trocas de campo fonético, fonêmico, verbal e semântico (ORTIZ, 2010).

O Neologismo é definido por Ishara (2005) como palavras que não são reconhecidas como produções de uma língua. Já o agramatismo é descrito como uma alteração da estrutura sintática, predominantemente caracterizado pela omissão dos elementos da sentença. A paráfrase se caracteriza pela substituição de uma palavra (nomeação) por

uma frase, preferencialmente pela função do objeto. O circunlóquio pode está presente à dificuldade de acesso lexical, visto que se evidencia claramente que o afásico não consegue ter acesso ao tema principal em questão, apresentando dificuldade em discorrer sobre este. E a perseveração é a manutenção (insistência) de utilizar a mesma resposta para estímulos diferentes (ORTIZ, 2010).

A afasia não interfere somente nas condições físicas e linguísticas do indivíduo, apresenta ainda influencia direta no impacto social e psicológico como o distanciamento ou até mesmo o isolamento social, familiar e profissional, causando ainda ansiedade e depressão (MARKLE-REID et al., 2011). Nessas situações, a atuação fonoaudiológica pode auxiliar na recuperação da comunicação de pacientes com afasia, considerando seus limites, suas condições físicas e mentais (JAKUBOVICZ; CUPELLO, 2005). Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil da linguagem oral de pacientes com AVE, atendidos pelo Serviço Assistencial Multidisciplinar Domiciliar (SAMD) na cidade de Porto Velho – RO.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. Realizado nos indivíduos diagnosticados com AVE, em suas residências, cadastrados no SAMD da cidade de Porto Velho no período de Março a Abril de 2016. Com relação às implicações éticas o referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA, sob o número 1.436.758, onde todos os participantes da pesquisa firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão adotados para o presente estudo foram pacientes dos gêneros masculino e feminino, cadastrados no banco de dados do SAMD em decorrência de AVE e que apresentassem afasias do tipo emissivas com ou sem presença de hemiparesia associada. Como critério de

exclusão, pacientes com afasias receptivas ou mistas, com doenças degenerativas associadas, como: Parkinson, Alzheimer e demência. Ainda, pacientes com perdas auditivas de grau severo ou profundo que não fizessem uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou implante coclear (IC) e com deficiência visual.

A pesquisa foi realizada com 23 sujeitos que sofreram AVE. Doze desses sujeitos foram excluídos por se enquadrarem nos critérios de exclusão da pesquisa. Dessa forma, onze sujeitos entraram para o estudo sendo que oito apresentaram afasia decorrente do AVE, emissiva do tipo Broca, e três não apresentaram qualquer manifestação sugestiva de afasia.

Para atingir o objetivo do estudo foi utilizado o protocolo de Teste de Reabilitação das Afasias (JAKUBOVICZ, 2014), onde a avaliação aconteceu em dois momentos. Inicialmente, foi utilizado o questionário, que é primeira etapa do protocolo, intitulado de Questionário com a Família e/ou com o Paciente. O questionário foi aplicado com os familiares dos pacientes para coletar dados quanto ao AVE. Finalizando com a aplicação dos testes de comunicação oral, que compõe a segunda etapa do Protocolo, a fim de avaliar os pacientes quanto aos aspectos de: compreensão/expressão da linguagem oral; compreensão da linguagem oral; compreensão, retenção e memória; raciocínio e memória; expressão da linguagem oral; organização da linguagem oral e transposições linguísticas de repetição.

Posteriormente, os dados foram tratados estatisticamente, caracterizados, comparados e correlacionados de acordo com os resultados encontrados no questionário e na avaliação da comunicação oral dos sujeitos que apresentaram afasias emissivas.

Foram utilizados testes não paramétricos, pois o conjunto de dados possui uma baixa amostragem (inferior a 30 sujeitos). Foi utilizado o Teste Igualdade de Duas Proporções para comparar a distribuição das

afasias emissivas, a quantidade de manifestações e dos aspectos da linguagem oral e dos sujeitos com afasias emissivas. Todos os percentuais foram calculados para o total de 8 sujeitos, considerando-se nível de significância de 0,07 (7%), um pouco acima do usualmente utilizado (5%).

RESULTADOS

Foram identificados e caracterizados pacientes com afasias emissivas decorrentes de AVE, os tipos de afasias emissivas, as manifestações da linguagem oral assim como as manifestações dos aspectos de comunicação e cognitivos apresentados pelos sujeitos com afasias emissivas de broca, identificando e caracterizando os dados etiológicos como causa, tipo e tempo da ocorrência do AVE, bem como, a melhora na comunicação antes e após o AVE dos pacientes com afasias emissivas de broca.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da afasia emissiva, em que os percentuais foram calculados para o total de 11 sujeitos, e 72,7% apresentaram afasia emissiva. Houve diferença estatisticamente significativa, ao compararmos com os 27,3% dos sujeitos que não apresentaram afasia emissiva ($p=0,033$).

Para distribuição do tipo de afasia emissiva foram analisados os oitos sujeitos que apresentaram afasia. Dessa forma, caracterizou-se a distribuição de todas as

demais variáveis. Assim, em algumas variáveis (múltipla escolha) a soma dos percentuais ultrapassa 100%.

Ressalta-se que nas variáveis com apenas dois níveis de respostas o p -valor é direto na comparação do mesmo, já nas variáveis com três ou mais níveis de respostas mostra-se na última coluna os p -valores da comparação de cada nível de resposta sempre é a relação ao mais prevalente que está sobre referências (MARTINS, 2006).

Quanto ao tipo de afasia emissiva: Broca, Transcortical Motora e de Condução (Tabela 2), todos os sujeitos com afasia, apresentaram afasia de Broca. Houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos com demais afasias emissivas (valor de $p < 0,001$).

Quanto às manifestações de linguagem, é importante salientar que os sujeitos poderiam apresentar mais de um tipo de manifestação de linguagem, desta forma verificamos que 87,5% dos sujeitos do estudo apresentaram agramatismo e anomia (Tabela 3). Houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos as manifestações de linguagem do agramatismo e anomia com as demais manifestações de linguagem: jargão, neologismo e perseveração ($p=0,003$); paráfrase, estereotípias e ecolalia ($p < 0,001$).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DE "AFASIA EMISSIVA"

Afasia Emissiva	N	%	P-valor
Com	8	72,7%	0,033*
Sem	3	27,3%	

Teste Estatístico: Teste Igualdade de Duas Proporções

*Valores significativos ($p \leq 0,07$)

Legenda: N – número de sujeitos; % - porcentagens; P-valor – resultado de cada comparação estatística

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE "TIPO DE AFASIA"

Tipo de Afasia	N	%	P-valor
De broca	8	100%	Ref.
Transcortical motora	0	0%	<0,001*
De condução	0	0%	<0,001*

Teste Estatístico: Teste Igualdade de Duas Proporções

*Valores significativos ($p \leq 0,07$)

Legenda: N – número de sujeitos; % - porcentagens; P-valor – resultado de cada comparação estatística

Para as manifestações de parafasias e circunlóquio não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,522$ para parafasias e $p=0,106$ para circunlóquio).

Em relação aos aspectos de comunicação oral: organização, memória, raciocínio, expressão, transposições de repetição e compreensão, salienta-se que os sujeitos poderiam apresentar mais de um tipo de alteração nesses aspectos (Tabela 4).

Identificou-se que todos os sujeitos com afasia de Broca apresentaram alterações na organização da comunicação, assim como na memória (100%). Houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos esses aspectos de comunicação com os demais aspectos: expressão ($p=0,055$); transposição linguística de repetição ($p=0,021$); e compreensão ($p=0,002$).

Caracterizou-se também as questões realizadas com os familiares (responsáveis e/ou cuidadores) dos sujeitos do estudo, quanto a causa, tipo e tempo do AVE; assim como a comunicação oral antes e após o AVE (Tabela 5).

Referente à etiologia do AVE, verificou-se que 62,5% dos sujeitos apresentaram etiologia decorrente de hipertensão. Houve diferença estatisticamente significativa ao compararmos com as etiologias de tabagismo e etilismo ($p=0,007$). Em relação ao tipo de AVE, 87,5% dos sujeitos apresentaram AVE do tipo Isquêmico. Sendo estatisticamente significativo aos sujeitos que apresentaram AVE do tipo Hemorrágico ($p=0,003$). Quanto ao tempo em que estão com sequelas decorrentes do AVE, três sujeitos apresentam sequelas entre um ano ou menos (37,5%) e outros três sujeitos apresentam sequelas há três anos (37,5%).

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DE "MANIFESTAÇÕES DA LINGUAGEM"

Manifestações da linguagem	N	%	P-valor
Agramatismo	7	87,5%	Ref.
Anomia	7	87,5%	Ref.
Parafasia	6	75,0%	0,522
Circunlóquio	4	50,0%	0,106
Jargão	1	12,5%	0,003*
Neologismo	1	12,5%	0,003*
Perseveração	1	12,5%	0,003*
Paráfrase	0	0,0%	<0,001*
Estereotípi	0	0,0%	<0,001*
Ecolalia	0	0,0%	<0,001*

Teste Estatístico: Teste Igualdade de Duas Proporções

*Valores significativos ($p \leq 0,07$)

Legenda: N – número de sujeitos; % - porcentagens; P-valor – resultado de cada comparação estatística

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE "ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO"

Aspectos da Comunicação	N	%	P-valor
Organização	8	100%	Ref.
Memória	8	100%	Ref.
Raciocínio	6	75,0%	0,131
Expressão	5	62,5%	0,055*
Transposições de repetição	4	50,0%	0,021*
Compreensão	2	25,0%	0,002*

Teste Estatístico: Teste Igualdade de Duas Proporções

*Valores significativos ($p \leq 0,07$)

Legenda: N – número de sujeitos; % - porcentagens; P-valor – resultado de cada comparação estatística

Tais dados mostram diferença estatisticamente significativa em relação aos sujeitos que apresentam sequelas há mais de dez anos ($p=0,055$).

Referente à comunicação oral antes do AVE todos os responsáveis e/ou cuidadores dos sujeitos (100%), alegaram que os mesmos eram muito falantes antes do AVE ($p<0,001$).

Em relação à comunicação oral após o AVE, verificou-se que 50% dos responsáveis e/ou cuidadores dos sujeitos alegaram que os mesmos continuam sendo muito falantes e os outros 50% alegaram serem pouco falantes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sujeitos que alegaram serem muito ou pouco falantes após o AVE ($p=1,000$).

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DE "CAUSA, TIPO, TEMPO, COMUNICAÇÃO ORAL ANTES E APÓS O AVE"

Causa do AVE	N	%	P-valor
Hipertensão	5	62,5%	Ref.
Tabagismo	0	0,0%	0,007*
Etilismo	0	0,0%	0,007*
Outros	3	37,5%	0,317
Tipo do AVE			
Isquêmico	7	87,5%	0,003*
Hemorragico	1	12,5%	
Tempo do AVE			
Um ano ou menos	3	37,5%	Ref.
Três anos	3	37,5%	Ref.
Cinco anos	2	25,0%	0.590
Mais de dez anos	0	0,0%	0.055*
Comunicação oral antes do AVE			
Muito falante	8	100%	<0,001*
Pouco falante	0	0%	
Comunicação oral após do AVE			
Muito falante	4	50%	1,000
Pouco falante	4	50%	

Teste Estatístico: Teste Igualdade de Duas Proporções

*Valores significativos ($p\leq 0,07$)

Legenda: N – número de sujeitos; % - porcentagens; P-valor – resultado de cada comparação estatística.

DISCUSSÃO

Inicialmente, observamos que 72,7% dos sujeitos com AVE apresentam afasia. Quanto à tipologia, todos os sujeitos com afasia, apresentaram afasia emissiva do tipo Broca.

É notório na literatura que o AVE está entre uma das mais frequentes causas de distúrbios de linguagem em fase adulta e que aproximadamente dois terços dos pacientes acometidos por AVE passam a apresentar afasia imediatamente após uma lesão encefálica (GIRODO; SILVEIRA; GIRODO, 2008). Um estudo realizado no Brasil identificou que dentre 244 casos de

distúrbios neurológicos adquiridos atendidos no Departamento de Fonoaudiologia, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 56,1% apresentaram afasia como distúrbio de linguagem e 69,4% dos pacientes com diagnóstico fonoaudiológico foram acometidos em decorrência de AVE (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

Quanto às manifestações de linguagem verificamos que 87,5% dos sujeitos do estudo apresentaram agramatismo e anomia. Vários autores afirmam que tais manifestações são comumente encontradas em sujeitos

diagnosticados com afasia de broca. Um estudo evidenciou que de 50 indivíduos, 60% referiram maior dificuldade na função de memória, em que relataram esquecimento frequente quanto à rotina diária e também do nome de familiares e objetos (SANTANA; CHUN, 2017).

Em relação aos aspectos de comunicação oral, como organização, memória, raciocínio, expressão, transposições de repetição e compreensão, identificou-se que todos os sujeitos com afasia de Broca apresentaram alterações na organização da comunicação, assim como na memória. Tais achados corroboram com estudos, que relatam que a prevalência de déficits de função executiva pode ser ainda maior logo após acidente vascular cerebral. Entre estes déficits está a redução da velocidade de processamento, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva que são comuns tanto nos acidentes vasculares encefálicos quanto nas doenças cerebrovasculares (BOSWORTH; HOENIG; ZINN, 2007). Uma pesquisa realizada por Santana e Chun (2017) confrontou pacientes pós AVE com e sem sequelas de linguagem, onde evidenciou que dos 50 participantes estudados 46,9% apresentaram prejuízos em funções mentais e de linguagem como: memória, concentração e atenção. Tais funções prejudicadas influenciam na desorganização da comunicação.

Referente à etiologia do AVE, verificou-se que 62,5% dos sujeitos apresentaram etiologia decorrente de hipertensão, e outros fatores encontrados foram o tabagismo e o etilismo. A literatura afirma que dentre os fatores de risco para o AVE destacam-se o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica, a aterosclerose, a idade, o uso de medicamentos e a história familiar (SCHENTTINO et al., 2006). Em um estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre, dos 95 sujeitos com AVE que foram pesquisados quanto a sua etiologia, verificou-se que a pressão arterial foi a doença crônica mais comum nos indivíduos pesquisados (73,8%), havendo uma

correlação entre hipertensão e acontecimento do AVE (GOULART et al., 2016).

Em relação ao tipo de AVE, 87,5% dos sujeitos apresentaram AVE do tipo Isquêmico. Um estudo realizado no hospital público da região metropolitana de Porto Alegre identificou que dos 95 pacientes internados por AVE 82 (86,3%) apresentaram AVE do tipo Isquêmico (GOULART et al., 2016). Sendo consenso na literatura que o AVE isquêmico é o tipo mais comum e ocorre em cerca de 80% dos casos (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

Quanto ao tempo em que os sujeitos estão com sequelas decorrentes do AVE, foi identificado que três sujeitos apresentaram sequelas entre um ano ou menos (37,5%) e outros três sujeitos apresentaram sequelas há três anos (37,5%). Uma das limitações do presente estudo foi a presença de dados literários que correlacionem o tempo de sequela de AVE com as manifestações, encontradas nesta pesquisa, da linguagem oral.

Referente à comunicação oral antes do AVE, todos os sujeitos eram muito falantes antes do AVE. E em relação à comunicação oral após o AVE, verificou-se que 50% dos sujeitos continuam sendo muito falantes e os outros 50% dos sujeitos pouco falantes. Tais dados divergem da literatura, visto que há estudo que relata que as sequelas de um AVE são qualificadas em um quadro crônico. O indivíduo que é acometido tem a sua condição de saúde-doença afetada e seus hábitos cotidianos são alterados de forma temporária ou definitivamente (MEDEIROS et al., 2002).

O AVE influencia diretamente em alterações de fala que causam grande impacto na qualidade de vida do indivíduo na medida em que limita sua comunicação (MAGALHÃES; BILTON, 2004). Afeta o indivíduo com dificuldades ao nível da linguagem, mas também a função comunicativa, ou seja,

a inter-relação que este estabelece com os seus parceiros de comunicação podendo levar à diminuição da autoestima e ao isolamento (ANDRADE; BUENO; SANTOS, 2004).

Entretanto, estudo de Cappa (2000) afirma que há um grau de recuperação espontânea em pacientes com afasia de Broca, sendo mais rápida nos primeiros três meses, tornando-se mais lenta a partir dos seis meses. A melhora inicial é, em grande parte, em virtude dos processos neurofisiológicos, principalmente com a atuação do hemisfério direito (BREIER et al., 2009). As estratégias de exposição à linguagem e as práticas desenvolvidas pelo paciente são responsáveis por grande parte da recuperação tardia (ARDILA, 2006). Desta forma, vale salientar que a reabilitação no doente com AVE deve se iniciar o mais precoce possível, assim que as lesões sejam identificadas e que a situação do doente esteja estável (HESBEEN, 2003).

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que o sujeito afásico apresenta comprometimento de uma função superior, a memória, tendo como consequência uma linguagem prejudicada, resultando em uma comunicação expressiva reduzida e por vezes de difícil compreensão.

Dessa forma, salienta-se a importância de reabilitação fonoaudiológica de forma precoce para estimular às áreas cerebrais afetadas, contribuindo assim para a neuroplasticidade da linguagem.

É importante destacar que são incipientes os estudos que abordam a correlação entre distúrbios linguísticos e lesão cerebral ocasionada por AVE, dessa forma sugere-se estudos mais aprofundados sobre a avaliação das manifestações da linguagem e dos aspectos de comunicação em grupos maiores de sujeitos com AVE.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A.; SANTOS, F. H. Neuropsicologia Hoje. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

ARDILA, A. Las Afasias. Miami: Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación; 248 p. 2006.

BEAL, C. Gender and stroke symptoms: a review of the current literature. *J.eurosciNurs.* 42(2): 80-7; 2010.

BOSWORTH, H. B.; HOENIG, H. M.; ZINN, H. Executive Function Deficits in Acute Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 88 (2)-173-80. 2007.

BREIER, J.I.; JURANEK, J.; MAHER, L. M.; SCHMADEKE, S.; MEN, D.; PAPANICOLAOU, A. C. Behavioral and neurophysiologic response to therapy for chronic aphasia. *Arch Phys Med Rehabil.* 90(12):2026-33. 2009.

CAPPA, S.F. Neuroimaging of recovery from aphasia. *Neuropsychol Rehabil.* 10(3):365-76. 2000.

DELEON, J.; GOTTESMAN, R. F.; KLEINMAN, J. T. Newhart M, Davis C, Heidler-Gary J et al. Neural regions essential for distinct cognitive processes underlying picture naming. *Brain.* 130(5), 1408-1422. 2007.

FEDOSSE, E. Acompanhamento fonoaudiológico de um sujeito afásico não-fluente: foco na continuidade sensório-motora. *DisturbComum.* 19(3):403-14; 2007.

GIRODO, C. M.; SILVEIRA, V. N. S.; GIRODO, G. A. M. Afasias. In D. Fuentes LF, Malloy-Diniz CH, Camargo RM. Cozenza, & col. Neuropsicologia Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed. 2008.

GOULART, B. N. G.; ALMEIDA, C. P. B.; SILVA, M. W. S.; OENNING, N. S. X.; LAGNI, V. B. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiol Commun Res.* 21:e1603, 2016.

HESBEEN, W. A Reabilitação: criar novos caminhos. Loures: Lusociência, 2003.

HILLIS, A.E. Aphasia: progress in the last quarter of a century. *Neurology.* 69, 200-213. 2007.

ISHARA, C. "Palavras" e "não-palavras" na jargonafasia. *Estud Linguíst.* 005:34;1146-51, 2005.

JAKUBOVICZ, R. Teste de reabilitação das afasias. Rio de Janeiro. Revinter; 2014.

JAKUBOVICZ, R.; CUPELLO, R. Introdução à afasia: Diagnóstico e terapia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

MACKAY, A. P.; FERREIRA, V.; FERREIRA, T. Afasias e demências: Avaliação e tratamento fonoaudiológico. São Paulo: Santos; 2003.

MAGALHÃES, L. A.; BILTON, T. L. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrbios da Comunicação.* 16(1):65-81. 2004.

MARKLE-REID, M.; ORRIDGE, C.; WEIR, R.; BROWNE, G.; GAFNI, A.; LEWIS, M.; WALSH, M.; LEVY, C.; DAUB, S.; BRIEN, H.; ROBERTS, J.; THABANE, L. Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences.* 38:317-334, 2011.

MARTINS, T. Acidente Vascular Cerebral qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Editora Formasau, 2006.

MEDEIROS, M. S. M.; LIMA, E.; MARTINS, R. A.; GOMES, L. A.; MEDEIROS, R. F. Treinamento de força em sujeitos portadores de Acidente Vascular Cerebral. Revista Digital Vida & Saúde. Juiz de Fora, v.1, n.3, dez/jan. 2002.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 5. ed. Barueri: Manole, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional para as Américas. [online]. Doenças Cardiovasculares; 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares-&catid=845:noticias&Itemid=839. Citado 08 abril 2018.

ORTIZ, K. Z. Afasia. Em: Ortiz, K.Z. Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição. Barueri, SP: Manole; 2005. ORTIZ, K. Z. Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição. 2.ed. Barueri: Manole, 2010.

PEÑA-CASANOVA, J.; PAMIES, M. P.; DIÉGUEZ-VIDE, F. Tipos clínicos clássicos de afasias e alterações associadas. In J. Peña-Casanova e Pamies. Reabilitação das afasias e transtornos associados. Barueri, SP: Manole. 2005.

SANTANA, M. T. M.; CHUN, R. Y. Linguagem e funcionalidade de adultos pós- Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). CoDAS [online]. Vol.29, n.1; 2017.

SCHENTTINO, G.; CARDOSO, L. F.; MATTAR, J; GANEM, F. Paciente crítico: diagnóstico e tratamento. Hospital Sírio Libanês. Barueri, SP: Manole, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Acidente vascular Cerebral: O que é AVC? 201. Disponível em: http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp. Citado 08 abril 2018.

TALARICO, T. R.; VENEGAS, M. J.; ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com 'distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. Rev. CEFAC. 13(2): 330-9; 2011.

WORLD STROKE ORGANIZATION. World Stroke Campaign. [online]. Global stroke leader calls for urgency on World Stroke Day; 2013. Disponível em: <http://www.world-stroke.org/images/world-stroke-day-2013-pr-29-october-2013.pdf>. Citado 08 abril 2018.

Citar esse artigo: Cabral ALS, Lima FP, Paraguassú JICB. Perfil da Linguagem em Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Atendidos pelo Serviço Assistencial Domiciliar Multidisciplinar em Porto Velho – Rondônia. RevFIMCA 2018;5(1):34-42.

Autor para Correspondência: Amanda Leite da Silva Cabral, amandaleite.cabral@gmail.com

Recebido em: 20 Março 2018

Aceito em: 10 Abril 2018