

Camila Dias Möller¹ 

Mirtes Bruckmann¹ 

Gabriel Rovadoschi Barros¹ 

Valdete Alves Valentins dos Santos Filha² 

Elenir Fedosse² 

Qualidade de vida de sujeitos com afasia participantes de um grupo interdisciplinar de convivência

Quality of life of aphasia subjects participating in an interdisciplinary group

Descritores

Qualidade de Vida
Afasia
Práticas Interdisciplinares
Atenção à Saúde
Participação Social
Equidade em Saúde

Keywords

Quality of Life
Aphasia
Interdisciplinary Placement
Health Care
Social Participation
Health Equity

RESUMO

Objetivo: Analisar a Qualidade de Vida de sujeitos com afasia participantes de um Grupo Interdisciplinar de Convivência. **Método:** estudo transversal e quantitativo. Os participantes foram submetidos a dois questionários: um semiestruturado, desenvolvido para a caracterização dos sujeitos e o outro o *World Health Organization Quality of Life Scale – Bref* (WHOQOL-Bref) para identificação da Qualidade de Vida (QV) dos mesmos. A análise dos dados foi realizada de modo descritivo. **Resultados:** Foram entrevistados oito sujeitos com idade entre 35 e 78 anos e escolaridade variando entre Ensino Fundamental Incompleto e Superior Incompleto. A ocupação predominante na amostra foi a de balconista e a renda variou entre um e quatro salários mínimos. O tempo de lesão cerebral variou de três a 10 anos, causada predominantemente por Acidentes Vasculares Cerebrais decorrentes de Hipertensão Arterial Sistêmica. Quanto ao WHOQOL houve importante variação entre os sujeitos nos quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental). No entanto, a maioria pontuou acima de 70 pontos. Para todos os sujeitos, o Grupo de Convivência foi identificado como espaço de produção de vida e saúde sendo motivador para a busca de outros atendimentos. **Conclusão:** Os sujeitos eram adultos e idosos pertencentes à classe econômica média baixa; apresentavam condições crônicas de saúde, comprometimento da expressão verbal e longo período de acompanhamento das necessidades de saúde. O WHOQOL-Bref revelou que cinco sujeitos perceberam suas condições de vida/saúde favoráveis, no entanto, destacaram convívio social reduzido. O Grupo de Convivência configurou-se como importante espaço para melhoria de QV.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the Quality of Life of subjects with aphasia participating in an Interdisciplinary Living Group. **Methods:** cross-sectional and quantitative study. Convenience sample submitted to two questionnaires: a semi-structured one, developed exclusively for the characterization of the subjects and the World Health Organization Quality of Life Scale - Bref (WHOQOL-Bref) to identify their Quality of Life (QOL). Data analysis was descriptive. **Results:** Eight subjects were interviewed, aged between 35 and 78 years and schooling between Incomplete Elementary School and Incomplete Higher Education. The predominant occupation was that of a clerk and the income varied between one and four minimum wages. The time of brain injury was from three to 10 years, caused predominantly by Stroke caused by Systemic Arterial Hypertension. As for WHOQOL, there was an important variation between the subjects in the four domains (physical, psychological, social and environmental). However, most scored above 70 points. For all subjects, the Living Group was identified as a space for the production of life and health, motivating them to seek other services. **Conclusion:** The subjects were adults and elderly people belonging to the lower-middle class; presented chronic health conditions, impaired verbal expression and long monitoring time to their health needs. The WHOQOL-Bref revealed that five subjects perceived their favorable living/health conditions, however, they highlighted reduced social contact. The Living Group became an important space for improving QOL.

Endereço para correspondência:

Camila Dias Möller
Programa de Pós-graduação em
Distúrbios da Comunicação Humana,
Universidade Federal de Santa Maria
– UFSM
Av. Roraima, 1000, Prédio 26E,
Camobi, Santa Maria (RS), Brasil,
CEP: 97105-900.
E-mail: camilamoller.to@outlook.com

Recebido em: Janeiro 29, 2020

Aceito em: Outubro 30, 2020

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

¹ Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

² Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida (QV) pode ser considerada, dentre várias definições, como a percepção do indivíduo sobre sua posição dentro do contexto em que vive, incluindo a cultura e os valores que guiam seus objetivos, padrões e expectativas. No último século, tem melhorado de maneira constante e apoiada, na maioria dos países, nos avanços políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como nos avanços da saúde pública em geral⁽¹⁻³⁾.

Este é, portanto, um conceito referente à percepção subjetiva dos aspectos da vida e interação com as dimensões física, funcional, psicológica e social⁽³⁾ de toda e qualquer pessoa. Muitos autores⁽¹⁻⁵⁾ destacam que os estudos sobre QV precisam considerar, necessariamente, a percepção individual do sujeito sobre si, possibilitando, assim, que aspectos subjetivos revelem os estados ou as necessidades de vida/saúde dos submetidos à avaliação de QV.

Existem inúmeras formas de avaliar a QV no contexto dos comprometimentos de saúde e os instrumentos variam de acordo com as abordagens teóricas e os objetivos dos estudos⁽⁶⁾. Citam-se, por exemplo, o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36)⁽⁷⁾, o Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽⁸⁾, o *Stroke Specific Quality of Life* (SS-QOL)⁽⁹⁾, o *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39* (SAQOL-39)⁽¹⁰⁾. Inclusive há estudos⁽¹¹⁻¹³⁾ que utilizaram estes instrumentos em populações de afásicos, com o intuito de produzir escalas comparativas e, também, analisaram a QV em cuidadores e/ou familiares de sujeitos que apresentam afasia.

Apesar de haver inúmeras determinações, não existe uma definição de QV que seja amplamente aceita⁽¹⁴⁾ pelo fato de que analisar a QV não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outras informações importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano, sempre considerando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar é essencial⁽⁶⁾.

No entanto, destaca-se o *The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOL)⁽¹⁵⁾, por ter sido desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), após longo período de discussão entre pesquisadores do mundo inteiro que se ocuparam em produzir um instrumento que pudesse avaliar a QV de sujeitos das mais variadas culturas e condições de vida/saúde. Tal esforço resultou em um instrumento com 100 questões que, posteriormente, possibilitou a elaboração de uma versão reduzida - *The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument Bref* (WHOQOL-Bref)⁽¹⁶⁾ - muito utilizada na atualidade e, por isso, adotada neste estudo.

Considerando a validade e a qualidade psicométrica atestadas, bem como a universalidade do WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾, defende-se que tal questionário seja utilizado para avaliar a QV de toda e qualquer pessoa, independentemente de sua condição ou necessidades de saúde. Neste sentido, considerou-se pertinente usá-lo no caso das afasias, historicamente caracterizadas como distúrbios da linguagem que trazem impossibilidades ou dificuldades comunicativas associadas a comprometimentos motores e/ou sensoriais. Segundo uma perspectiva discursiva⁽¹⁷⁾, nas afasias

estão comprometidos, de forma variada, os diferentes níveis linguísticos em seus aspectos produtivos (produção da fala e/ou da escrita) e/ou interpretativos (compreensão/reconhecimento de sentidos orais e/ou escritos), sendo causadas por um algum tipo de lesão adquirida, geralmente decorrentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismos Cranioencefálicos (TCE) e, até mesmo, tumores.

Acredita-se que sujeitos com afasia necessitam de acompanhamento fonoaudiológico e, também, de outros profissionais da saúde, respeitando-se suas características linguístico-cognitivas, psicoemocionais, sociais e fisiológicas. Tal compreensão advém do fato de se considerar que cada pessoa com afasia lida com seus déficits de modo singular e, por isso, a necessidade de uma escuta atenta à singularidade e para além da sintomatologia⁽¹⁸⁾. Ressalta-se que a atenção à saúde de sujeitos com afasia pode ser no âmbito individual e/ou grupal. Grupos terapêuticos e/ou de convivência tendem a ser oportunos de serem desenvolvidos junto a tais sujeitos^(19,20), visando-se uma atenção que responda aos múltiplos fatores que influenciam a condução de suas vidas; entre estes, as comorbidades decorrentes da lesão cerebral e os seus impactos na QV.

Portanto, o objetivo deste estudo, na mesma perspectiva do descrito acima, foi analisar a QV de sujeitos com afasia participantes de um Grupo Interdisciplinar de Convivência (GIC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo e análise por proporcionalidade. Este estudo é um dos resultados de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade onde é desenvolvida, sob o número 2.732.475. A amostra foi composta por conveniência, sendo caracterizado por um método de amostragem em que a possibilidade de se escolher certo elemento da população é desconhecida, ou seja, os itens da amostra são selecionados por serem mais acessíveis⁽²¹⁾, tendo sido convidados sujeitos com afasia, participantes do Grupo Interdisciplinar de Convivência (GIC). Atualmente, o GIC conta com 12 sujeitos (adultos e idosos) com afasia, porém participaram oito sujeitos, considerando, como critério de inclusão, a assiduidade no grupo.

Convém esclarecer que o GIC é um Programa de Extensão do Curso de Fonoaudiologia, de uma Universidade Federal, criado em 2010 e, desde então, acompanha, por meio de sessões semanais de três horas, pessoas acometidas por lesão cerebral que apresentam afasias, entre as sequelas neurológicas. As atividades desenvolvidas são interdisciplinares (contando com estudantes e profissionais de Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, por exemplo), e pautadas em três momentos: 1º) Roda da novidade (quando cada participante conta algo que aconteceu durante a semana, podendo ser pessoal ou abordados na mídia escrita, televisiva e/ou digital); 2º) Lanche (espaço para alimentação e mais conversa entre os participantes) e 3º) Atividades interdisciplinares, eleitas pelos participantes no início de cada semestre, entre elas: escrita, leitura, interpretação e dramatização de poesias ou outros gêneros discursivos; canto e dança; circuitos motores, cálculos matemáticos, entre outros jogos cognitivos e, ainda, atividades artesanais. O objetivo do

GIC é, portanto, agir sobre os múltiplos aspectos implicados na saúde, a partir do convívio social e do “exercício vivo da linguagem”⁽¹⁷⁾.

A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2019, após a finalização das atividades do GIC, em local sem perturbações tendo, em média, a duração de 30 minutos. Os sujeitos receberam orientações quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como consentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os sujeitos apresentaram compreensão, clareza, condições motoras e cognitivas para responder às questões, lidas pelos aplicadores.

Inicialmente, e de forma individualizada, os sujeitos responderam a um questionário semiestruturado, contendo as seguintes informações: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, se era o principal provedor da família, número de moradores na casa e se recebia algum tipo de benefício social. Além disso, o questionário perguntava sobre comprometimentos na saúde: causa, tipo e tempo da lesão cerebral, comprometimento pós-lesão e necessidade de auxílio para atividades de vida diária. No mesmo encontro foi aplicado o WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾. Tal aplicação ocorreu sem a colaboração do cuidador e/ou familiar para, justamente, dar evidência à percepção dos sujeitos com afasia, seguindo os pressupostos teórico-metodológicos que orientam os encontros do GIC.

O WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾ conta com 26 questões que abordam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores indicam a percepção do sujeito acerca de sua QV, de modo que quanto mais próximos de 100, melhor sua QV^(15,16); a média desejável de referência é 70. As respostas são em Escala Likert e indicam: intensidade (“nada” a “extremamente”); capacidade (“nada” a “completamente”); frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito” ou “muito ruim” a “muito bom”)⁽²²⁾.

O domínio físico pesquisa aspectos relacionados à dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, mobilidade, sono e repouso, energia e fadiga, desempenho nas atividades de vida cotidiana e capacidade para o trabalho. Para o domínio psicológico, têm-se questões referentes a: sentimentos positivos e negativos, espiritualidade ou crenças pessoais, condição de aprendizagem, memória, concentração, aceitação da imagem corporal/aparência e autoestima. Quanto ao domínio social, as questões destinam-se às relações pessoais, sexuais e ao apoio social. O domínio ambiente conta com questões que pesquisam a salubridade do ambiente físico, recursos financeiros e de informação, lazer, ambiente domiciliar, acesso a serviços de saúde e de transporte⁽²²⁾.

RESULTADOS

Na Tabela 1 estão expostas as características sociodemográficas dos sujeitos com afasia participantes deste estudo.

Note-se que dos oito sujeitos, quatro sujeitos eram do sexo masculino; a idade variou entre 35 e 78 anos (média de 58,75 anos), sendo que a metade dos sujeitos apresentou 60 anos ou mais. Quanto ao estado civil, a maioria (5/8) era de casados, 2/8 solteiros e 1/8 divorciado.

A escolaridade variou do Ensino Fundamental Incompleto (2/8) a Superior Incompleto (1/8); ressalta-se que apenas um dos sujeitos tinha Ensino Fundamental Completo, 2/8 Ensino Médio Incompleto e 2/8 Ensino Médio Completo. A ocupação prevalente foi a de balconista (3/8); a condição da execução laboral variou entre empregados (5/8, sendo 3/8 no comércio, um em empresa privada e outro no setor público) e autônomos (3/8). A renda pessoal ficou entre um e quatro salários mínimos; apenas um sujeito recebia um salário; 5/8 recebiam, aproximadamente, dois e 2/8 quatro salários mínimos. Em relação aos benefícios financeiros recebidos, obteve-se que 3/8 dos sujeitos foram aposentados por invalidez (devido ao AVC) e 4/8 por tempo de trabalho/contribuição e/ou idade. A maioria (6/8) dos sujeitos continuava sendo o principal provedor do sustento familiar.

Na Tabela 2, apresentam-se as condições e as necessidades de saúde dos sujeitos deste estudo, segundo seus próprios pontos de vista, destacando-se as causas e as sequelas do episódio neurológico.

Note-se que o AVCi, causado por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), foi a principal causa (7/8) das lesões que resultaram em afasia; apenas um sujeito sofreu TCE. Todos os sujeitos queixaram-se de dificuldades de comunicação (falar e/ou escrever); a maioria (6/8) apresentou queixa de equilíbrio corporal e um referiu dificuldades visuais. A maioria (6/8) apresentou independência em AVD.

Além dos dados acima, foi constatado que todos os sujeitos eram acompanhados por médico neurologista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional; 3/8 por fisioterapeuta. O menor índice da assistência fisioterapêutica foi pelo fato de os sujeitos já terem superado dificuldades para andar.

O tempo de lesão cerebral variou de três a dez anos (média de 5,5 anos) e o de participação no GIC de dois a dez anos (média de 5,62 anos). Destaca-se que 4/8 sujeitos iniciaram sua participação no GIC entre dez e oito anos; 3/8 há cinco e apenas um há dois anos. Para 7/8 sujeitos (exceto S2), o GIC foi o primeiro grupo onde receberam cuidado voltado às sequelas neurológicas e, para todos, o lugar que os incentivaram a participar de outros atendimentos e grupos terapêuticos.

Na Tabela 3 apresentam-se o diagnóstico atribuído por médico neurologista a cada sujeito, a identificação das operações epilíngüísticas⁽²³⁾ mais marcantes apresentadas pelos sujeitos, bem como as manifestações dos demais processos cognitivos e comportamentais, apreendidas na interação entre sujeitos com afasia e sem afasia. Portanto, estão apresentados aspectos lingüístico-cognitivos e comportamentais apreendidos na interação social/grupal, não sendo decorrentes de avaliações formais.

Note-se a que 3/8 sujeitos apresentaram diagnóstico neurológico de afasia motora, igual quantidade apresentaram afasia de condução e 2/8 apresentaram afasia sensorial. Quanto aos aspectos lingüísticos evidenciam-se, na oralidade, de 3/8 sujeitos, hesitações, antecipações, perseverações fonêmicas, bem como autocorrecções ou fala cadenciada para driblar as dificuldades fonoarticulatórias. Pausas longas e lapsos (anomias ou parafasias semânticas) foram as características mais marcantes de 4/8 e desintegração fonética a característica de um sujeito.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos sujeitos com afasia participantes do GIC (n=8)

Variável	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Sexo	Fem.	Fem.	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Fem.	Masc.
Idade	60	35	56	69	65	49	58	78
Estado Civil	Casada	Solteira	Casado	Divorciado	Casado	Solteira	Casada	Casado
Escolaridade	EMC	ESI	EMC	EMI	EMI	EFC	EFI	EFI
Ocupação	Contadora	Balconista/ Estudante	Motorista	Balconista	Escriturário	Balconista	Do lar	Caminhoneiro
Benefício Social	Não	A/I	A/Id+TC	A/Id+TC	A/Id+TC	A/I	A/I	A/Id+TC
Renda Familiar (R\$)	2.400,00	Não soube informar	4.000,00	1.500,00	4.000,00	998,00	1.030,00	2.500,00
Provedor principal	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Nº moradores na casa	3	4	3	1	4	1	9	2

Legenda: S: Sujeito; Masc.: Masculino; Fem.: Feminino; EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; A/I: Aposentado por Invalidez; A/Id+TC: Aposentado por Idade e Tempo de Contribuição.

Tabela 2. Caracterização dos comprometimentos de saúde – geral e neurológico – e do cuidado acessado pelos sujeitos com afasia segundo ele próprio

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Tipo da Lesão Cerebral	AVCi.	TCE	AVCi.	AVCi.	AVCi.	AVCi.	AVCi.	AVCi.
Sequela pós-lesão	Falar	Falar; Eq.	Andar; Eq.	Falar; Ler; Eq.	Andar; Falar; Comp.; Ler; Esc; Eq.	Andar; Falar; Eq; Ver;	Andar e Falar	Andar; Falar; Eq.
Tempo de lesão	5 anos	10 anos	5 anos	9 anos	9 anos	8 anos	3 anos	10 anos
Auxílio para AVD	Não	Não	Não	Não	Não	Sim, mas pouco.	Não	Não
Causa da lesão cerebral	HAS	Ac. Autom.	HAS	HAS; DM	HAS	HAS	HAS	HAS

Legenda: S: Sujeito; AVCi.: Acidente Vascular Cerebral isquêmico; TCE: Traumatismo Crânio Encefálico; Eq.: Equilibrar-se; Comp.: Compreender; Esc.: Escrever; AVD: Atividades de Vida Diária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; Ac. Autom.: Acidente Automobilístico; DM: Diabetes *Mellitus*.

Tabela 3. Diagnóstico neurológico, condições linguístico-cognitivas e comportamentais (n=8)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Diagnóstico Neurológico								
Tipo de Afasia	Motora	De condução	Motora	Sensorial	Sensorial	De condução	De condução	Motora
Processos Cognitivos								
Linguagem Oral	Hesitações; Antecipações; Autocorreções.	Pausas longas; Lapsos; Lentificação.	Perseverações; Antecipações; Autocorreções.	Lapsos.	Desintegração fonética.	Pausas longas; Lapsos.	Pausas longas; Lapsos.	Perseverações; Antecipações; Autocorreções.
Linguagem escrita	Rasuras; Refacções.	Rasuras; Refacções.	Rasuras; Refacções.	Cópia preservada; Escrita irregular.	Cópia preservada; Escrita irregular.	Rasuras; Refacções.	Rasuras; Refacções.	Rasuras; Refacções.
Linguagem gestual	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Pouco comprometida	Preservada	Preservada	
Atenção/Concentração	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.
Gnosia	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.
Memória	Preservada.	Pouco comprometida	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.	Preservada.
Raciocínio Lógico	Preservada 3 ou 4 dígitos	Preservada 3 ou 4 dígitos	Preservada 3 ou 4 dígitos	Preservada 2 dígitos	Preservada 2 dígitos	Preservada 1 dígitos	Preservada 1 dígitos	Preservada 3 ou 4 dígitos
Comportamento	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado

Legenda: S: Sujeito

Tabela 4. Distribuição dos Escores do WHOQOL-Bref de cada participante, para cada domínio e escore total (n=8)

SUJEITO	DOM. FÍSICO	DOM. PSICOLÓGICO	DOM. SOCIAL	DOM. AMBIENTE	Q.V
S1	85,7	79,2	66,7	65,6	74,3
S2	67,9	79,2	58,3	78,1	70,9
S3	96,4	91,7	100,0	93,8	95,5
S4	85,7	79,2	75,0	81,3	80,3
S5	60,7	70,8	83,3	81,3	74,0
S6	35,7	62,5	66,7	59,4	56,1
S7	82,1	66,7	66,7	62,5	69,5
S8	67,9	83,3	58,3	81,3	72,7

Legenda: S: sujeito; DOM.: domínio; Q.V: Qualidade de Vida.

A produção de escrita e leitura foi possível para 6/8 sujeitos, apesar de eles apresentarem rasuras e refações. Dois sujeitos apresentaram muitas restrições para copiar, escrever e ler.

Todos os sujeitos apresentaram e compreenderam bem a linguagem gestual, sendo esta usada como recurso substitutivo ou de acompanhamento da oralidade. Um sujeito apresentou linguagem gestual menos significativa, necessitando de mais negociação de sentido.

Os processos atencionais e gnósticos (auditivos e visuais não verbais), bem como os mnemônicos apresentaram-se preservados em todos os sujeitos, exceto os últimos em um sujeito. 4/8 sujeitos conseguiram realizar operações matemáticas básicas com três e quatro dígitos, 2/8 com dois dígitos e 2/8 com um dígito. Todos os sujeitos apresentaram comportamentos adequados na convivência social.

Na Tabela 4 estão expostos os escores do WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾ alcançados por cada participante, em cada domínio e no geral.

Houve importante variação dos escores dos sujeitos nos diferentes domínios e no geral. Para a metade dos sujeitos, os escores do domínio físico foram acima de 80; no entanto, constatou-se grande diferença entre a pontuação atribuída por S3 (96,4) e por S6 (35,7).

Quanto ao domínio psicológico, os escores foram acima de 70 para a maioria (6/8) dos sujeitos, alcançando marca superior a 90 no caso de S3 e pouco acima de 60 no caso de S6. Chama atenção o fato de que 3/8 pontuaram igualmente neste domínio.

Com relação ao domínio social, obtiveram-se escores inferiores a 60 nos casos de S2 e S8. S3 indicou máxima satisfação relacionada a esse domínio.

Quanto ao domínio ambiente, 5/8 apresentaram escores acima de 70, enquanto 2/8 apresentaram na casa dos 60 pontos e 3/8 com mesma pontuação (81,3). Destaca-se S3, mais uma vez, mantendo escore superior a 90 pontos neste domínio.

DISCUSSÃO

As características relativas ao sexo (metade homens e metade mulheres) e idade (entre 41 e 68 anos ocasião do episódio neurológico) dos sujeitos deste estudo, não coincidem com dados encontrados em uma pesquisa documental sobre a epidemiológica de AVC realizada na base de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS – correspondente ao ano de 2014⁽²⁴⁾ que revelou 56,27% de internações hospitalares de homens com AVC e 43,73% de mulheres. Porém, aproxima-se

dos dados de um estudo prospectivo realizado em um hospital multicêntrico de Fortaleza⁽²⁵⁾ que identificou percentual de 51,8% no sexo feminino.

Convém destacar que o AVC foi a principal causa das afasias, em particular o AVC Isquêmico que tende a um menor índice de mortalidade. Tal dado corrobora aqueles que indicam os AVC como importantes problemas de Saúde Pública (nacional e internacional) dos últimos anos, ao lado dos TCE, já que produzem altos gastos com internações hospitalares^(24,25) e com as incapacidades decorrentes dos prejuízos das funções motoras, de linguagem e de outros processos cognitivos, limitações das atividades de vida diária, depressão e restrições para o convívio social⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Em relação à escolaridade dos sujeitos acometidos por AVC, e consequentemente por afasias, pesquisas^(4,26,27) os relacionam à baixa ou nenhuma escolaridade, indicando forte influência da falta de informação acerca das doenças de base dos AVC (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, sedentarismo, por exemplo) e/ou agravos por elas provocados.

Os sujeitos desta amostra, exceto dois que não completaram o Ensino Fundamental, apresentaram escolaridade mediana; no entanto, tal condição, não os afastaram dos fatores de risco das condições crônicas de saúde evitáveis que tendem estar associada às lesões neurológicas^(26,27). Convém destacar que as condições crônicas de saúde relacionadas ao sistema cardiovascular, na maioria das vezes, podem ser evitadas pela adoção de hábitos saudáveis como: prática regular de atividades físicas, dieta equilibrada e, principalmente, conter o consumo de bebidas alcoólicas e uso do tabaco⁽²⁵⁾.

Reconhece-se e defende-se que a mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende do empenho das pessoas, no geral, e, principalmente, da atuação dos profissionais de saúde. É sabido que para aumentar a efetividade do referido processo de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas e o desenvolvimento da autonomia^(12,27), fatos certamente associados aos determinantes e condicionantes de saúde, por exemplo, acesso ao trabalho e renda, aspectos discutidos a seguir.

No que se refere às condições econômicas expostas pelos sujeitos, pode-se dizer que não são muito precárias: os com mais idade, atuais provedores de seus lares, tinham sido empregados e estavam aposentados (por idade e tempo de contribuição) com remuneração igual ou maior que dois salários mínimos (renda

per capita entre R\$ 800,00 e R\$ 1.500,00) –, enquanto os em idade produtiva encontravam-se aposentados por invalidez com um salário mínimo (lembrando que não eram provedores principais de seus lares). No entanto, tal situação não se repete em outros estudos que encontraram renda menor ou igual a um salário mínimo^(11,12,26).

Convém, também, destacar que a situação dos sujeitos jovens (aposentados por invalidez), além de produzir impactos pessoais e familiares (a serem discutidos mais adiante) tende a onerar o sistema previdenciário⁽⁴⁾. Ao lado disso, têm-se maiores despesas com a assistência à saúde de pessoas com lesão cerebral. Vale lembrar que os rendimentos financeiros de todos os sujeitos participantes não seriam suficientes para cuidados especializados fora do sistema público de saúde. Destaca-se o estudo⁽²⁸⁾ que indicou alto índice de pessoas com lesão cerebral acompanhadas no sistema público, já que são altos os custos com tratamentos terapêuticos a curto e longo prazo.

A propósito dos dados relacionados às condições e necessidades de saúde, bem como dos tratamentos terapêuticos dos sujeitos, pode-se dizer que são compatíveis com estudos realizados no nível hospitalar^(24,25,29), ambulatorial⁽¹¹⁾ ou na atenção básica⁽²⁹⁾. Escutando os sujeitos em suas queixas, quanto ao acesso aos cuidados terapêuticos indispensáveis para lidarem com as sequelas neurológicas e como têm levado a vida cotidianamente, por meio da aplicação do WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾, foi possível identificar as diferenças de enfrentamento quanto às dificuldades para se comunicarem (por meio da fala, escrita e/ou gestos) e para desenvolverem suas AVD.

No que tange às pontuações gerais de QV dos sujeitos participantes, detectou-se grande variação – 95 pontos a 56 pontos. Pode-se dizer que os domínios físicos e ambientais foram os que mais impactaram nesta variação. É possível dizer que os que apresentaram o domínio físico como melhor, foram aqueles que, mesmo apresentando HAS, dificuldades para falarem, lerem, equilibrarem-se, tinham melhor acesso aos serviços e melhores condições de moradia (domínio ambiente). Ademais, os sujeitos com maiores pontuações no domínio físico não necessitavam de ajuda para realizarem as AVD.

A independência em AVD também foi identificada por aqueles que apresentam piores pontuações no domínio social. Tal variação, talvez se deva à renda familiar, pois dois sujeitos que consideraram o domínio social como melhor, possuíam melhores rendas. A propósito, estudo⁽³⁰⁾ realizado junto à população de usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com variadas queixas de saúde, também encontrou melhor renda associada à melhor QV e vice-versa.

Ainda no caso de pior pontuação no domínio social, pode-se considerar influência do tempo da lesão cerebral – pode-se inferir que a cronificação do estado de saúde imposto pela lesão cerebral tende a afastar os sujeitos do convívio social ampliado, restando os espaços terapêuticos grupais como únicas opções de convivência, conforme constatado na fala de S7 acerca do GIC:

[...] é um tratamento que eu gosto muito, me tratam bem. São jovens, mas me entendem, não fazem farrá de mim quando falo errado, é outra família [...]. (S7; 05/06/2019).

Tal depoimento realça o que Santana⁽¹⁹⁾ afirma a respeito da prática terapêutica em grupo nas afasias. Segunda a autora, o grupo configura-se como espaço potencial para que o sujeito se coloque discursivamente, havendo espaço para a expressão de sua subjetividade e de suas condições linguísticas. Portanto, pode-se afirmar que a interação grupal se coloca como lugar privilegiado para capturar a percepção do sujeito sobre sua posição na vida, ou seja, sobre o contexto cultural (sistema de valores) em que vive a fim estabelecer seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^(17,19,20). Analisar a QV de sujeitos com afasia pode favorecer análises de cada domínio presente no instrumento WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾, as quais podem, por vezes, contribuir para efetividade de um processo de cuidado mais humanizado e corresponsável.

Este estudo revelou que problemas similares de saúde – lesão cerebral e suas sequelas – foram interpretados de forma diferente por cada sujeito participante. Realçou a importância de se aplicar e de se analisar os escores do WHOQOL-Bref⁽¹⁶⁾ de tempos em tempos, junto aos sujeitos com afasia, de modo a atualizar e ampliar o cuidado em saúde e, sobretudo, oportunizar aos sujeitos perceberem-se enquanto pessoas que têm necessidades e que podem analisar seus contextos de vida (familiares e terapêuticos) e atuarem sobre eles de forma mais ativa e autônoma.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu fazer uma análise da QV de sujeitos com afasia participantes de um grupo de convivência, pertencentes à classe econômica média baixa. Tais sujeitos apresentaram condições crônicas de saúde e de comprometimento da expressão verbal, bem como longo período de acompanhamento de suas necessidades de cuidado; também, a maioria apresentou índices de QV favoráveis.

Pode-se assegurar que os domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais que integram o WHOQOL – Bref são potentes para efetivamente revelar a QV de sujeitos com afasia. Evidenciou-se, portanto, a conveniência de sempre se levar em consideração a percepção subjetiva de sujeitos com afasia acerca de suas necessidades de vida/saúde. Também ficou evidente a importância de se ofertar cuidados a sujeitos com afasia que privilegiem a interação social (a exemplo dos grupos terapêuticos e de convivência).

REFERÊNCIAS

1. Campos MO, Rodrigues JF No. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Rev Baiana de Saúde Pública. 2008;32(2):232-40. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2008.v32.n2.a1438>.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet. 2000;5(1):163-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200000100014>.
3. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saude Publica. 2004;20(2):580-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>. PMID:15073639.
4. Ponte AS, Fedosse E. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. Cien Saude Colet. 2016;21(10):3171-82. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.19162016>. PMID:27783790.
5. Miolo SB, Machado MA, Pascotini FS, Fedosse E. Cuidadores informais de sujeitos com afasia: reflexões sobre o impacto no cotidiano. Distúrb Comun. 2017;29(4):636-43. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i4p636-643>.

6. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>. PMID:7726894.
7. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
8. Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev. Neurocienc.* 2019;17(3):255-62. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2009.v17.8550>.
9. Silva SM, Correa FI, Faria CDCM, Correa JCF. Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Braz J Phys Ther.* 2013;17(5):470-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000118>. PMID:24173349.
10. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun S-B. Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Med J.* 2015;56(6):1694-702. <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2015.56.6.1694>. PMID:26446656.
11. Canuto MA, Nogueira LT, Araújo TM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):245-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600035>.
12. Rangel ES, Belasco AG, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):205-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>.
13. Carleto NG, Caldana ML. Correlação entre a qualidade de vida do paciente afásico e de seu familiar. *Distúrb Comun.* 2014;26(4):630-40.
14. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fis Esporte.* 2012;26(2):241-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
15. The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4). PMID:9672396.
16. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. PMID:10881154.
17. Coudry MI. Neurolinguística discursiva: afasia como tradução. *Est Ling.* 2008;6(2):7-36. <http://dx.doi.org/10.22481/el.v6i2.1065>.
18. Pinto RCN, Santana AP. Semiologia das afasias: uma discussão crítica. *Psicol Reflex Crit.* 2009;22(3):413-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300012>.
19. Santana AP. Grupo terapêutico no contexto das afasias. *Rev Distúrb Comun.* 2015;27(1):4-15.
20. Fedosse E, Silva EB, Santos FC, Figueiredo ES. Grupo interdisciplinar de convivência: uma intervenção em saúde ancorada na neurolinguística discursiva. *Estudos da Língua.* 2019;17(1):23-36. <http://dx.doi.org/10.22481/el.v17i1.5296>. [gem]
21. Boyd J, Westfall R. Pesquisa mercadológica: texto e casos. 7. ed. São Paulo: Editora da Fundação Getúlio Vargas; 1987.
22. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Colet.* 2017;22(5):1705-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. PMID:28538939.
23. Coudry MIH, Morato EM. A ação reguladora da interlocução e de operações epilinguísticas sobre objetos linguísticos. *Cad Estud Linguíst.* 2012;(15):117-35. <https://doi.org/10.20396/ce.v15i0.863676>.
24. Botelho TS, Machado CD No, Araújo FLC, Assis SC. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em Saúde.* 2016;16(2):361-77.
25. Carvalho JJ, Alves MB, Viana GÁ, Machado CB, Santos BF, Kanamura AH, et al. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. *Stroke.* 2011;42(12):3341-6. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.626523>. PMID:22052521.
26. Moreira NR, Andrade AS, Ribeiro KS, Nascimento JA, Brito GE. Quality of life of individuals affected by stroke. *Rev Neurocienc.* 2015;23(4):530-7. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2015.23.04.1036.08p>.
27. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CC. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Arq Ciênc Saude UNIPAR [Internet].* 2011 [citado em 2019 Nov 12];15(1):15-21. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/3687/2389>
28. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado em 2020 Jun 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
29. Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Med Port.* 2004;17(3):187-92. PMID:15929845.
30. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saude Pública.* 2013;29(9):1774-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300017>.

Contribuição dos autores

CDM responsável pela coleta de dados, tabulação dos dados, análise estatística, preparo e revisão do manuscrito; MB responsável pela coleta de dados, tabulação dos dados, análise estatística e preparo do manuscrito; GRB responsável pela coleta de dados e preparo do manuscrito; VAVSF responsável pela revisão do manuscrito; EF responsável pelo preparo e revisão do manuscrito.