UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

NATALIA CAROLINE FAVORETTO

**Terapia fonoaudiológica intensiva: influência na qualidade de vida e
no grau de depressão de pessoas com afasia e na sobrecarga de
seus cuidadores/familiares**

BAURU
2019

NATALIA CAROLINE FAVORETTO

Intensive Speech Therapy: influence on the quality of life and degree of depression of aphasia's patients and on the burden of their caregivers/family

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Versão Corrigida

BAURU

2019

Favoretto, Natalia Caroline

Terapia fonoaudiológica intensiva: influência na qualidade de vida e no grau de depressão de pessoas com afasia e na sobrecarga de seus cuidadores / Natalia Caroline Favoretto. – Bauru, 2019.

102 p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 53782416.2.0000.54177
Data: 16/09/2017

ERRATA

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Maria Emília Fernandes Favoretto** e **Joaquim Danier Favoretto**, meus maiores exemplos. Obrigada pela origem repleta de amor, fé e respeito. Obrigada por acreditarem nos meus sonhos e ensinarem os valores que dignificam a vida.

Às minhas irmãs, **Danieli F. Favoretto Valenti** e **Naira B. Favoretto Cunha**, minhas melhores amigas, com quem eu sei que posso contar em qualquer momento da vida.

Às minhas sobrinhas **Gabriela**, **Helena** e **Luísa**, descobrir o amor de tia durante esta jornada foi algo renovador e incrível.

Ao meu noivo **Murilo Priori Alcalde**, pelo amor, carinho e companheirismo. Obrigada por estar ao meu lado nesta caminhada, tornando tudo mais leve, compartilhando sonhos e me incentivando ser melhor, dia após dia, eu te amo.

Aos meus **pacientes**, em especial aos que participaram deste estudo. Agradeço pela confiança em meu trabalho e pelo empenho que dedicam ao processo de reabilitação. Mesmo diante de tantos obstáculos, vocês me ensinam que a vida pede plenitude e que, com fé, conseguimos encontrar forças inimagináveis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Bom Deus**, pelo dom da vida, por me iluminar e abençoar. Obrigada Senhor por me conduzir nos Seus caminhos, por me fortificar em Seu amor e transformar os Seus sonhos em meus.

Aos **amigos de pós graduação**, pela parceria nos estudos, pelas palavras de força, pelos auxílios na pesquisa e pelos momentos compartilhados.

Às minhas queridas **amigas fonoaudiólogas**, companheiras de turma, com quem eu pude contar em vários momentos desta jornada. Obrigada pela amizade sincera.

Às minhas amigas **Júlia S. Zabeu Fernandes e Giovanna Zabeu**, irmãs que eu ganhei há 10 anos, quando cheguei em Bauru. Obrigada por estarem sempre presentes, em todos os momentos, compartilhando o verdadeiro significado da amizade.

Aos meus cunhados **Eric Manzini e Lúcio Valenti**, por tornar a nossa família mais completa, por permitir que o sorriso das minhas irmãs sejam mais alegres e pelas sobrinhas maravilhosas que me presentearam.

À família Alcalde, representada por **Eliana Alcalde e Jorge alcalde**, obrigada por me receberem como filha, pelo carinho, cuidado e conselhos. Considero-me uma pessoa de sorte, por fazer parte de duas famílias nas quais o amor e a humildade são pilares fundamentais.

À **Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana**, por quem eu possuo grande admiração e carinho. Obrigada pela orientação, confiança e amizade nesta jornada. A senhora é um grande exemplo de liderança, determinação, inteligência e acolhimento. Fazer parte da equipe da Casa da Afasia foi uma experiência indescritível em minha vida.

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, grande espelho de profissionalismo e responsabilidade. Obrigada pelo acolhimento e confiança ao me orientar.

À **Faculdade de Odontologia de Bauru**, por viabilizar a realização deste trabalho em ótima estrutura e com a colaboração de profissionais de excelência.

Ao diretor e vice-diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru, **Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos e Prof. Dr. Guilherme dos Reis Pereira Janson**, pela administração de excelência prestada à Faculdade de Odontologia de Bauru.

Aos **professores do departamento de Fonoaudiologia**, por fazerem o melhor possível, garantindo uma formação de ótima qualidade para nós alunos.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação** em Processos e Distúrbios da Comunicação, que proporcionou o desenvolvimento deste estudo com as estruturas necessárias, sempre dispostos a auxiliar.

Às secretárias do Departamento de Fonoaudiologia **Karina Ferreira Barros Delazari**, e **Claudia Vigella dos Santos**, por auxiliarem em todas as etapas no decorrer da pós-graduação.

Às **funcionárias do setor de Pós-Graduação**, pela paciência e prontidão ao realizar os atendimentos e orientações.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão da bolsa de estudos durante os dois primeiros anos de realização do estudo.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo** por viabilizar o projeto "Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional", ao qual pertence este estudo, por meio auxílio regular processo número 2015/16862-7.

“Dê-me, Senhor, agudeza para entender, capacidade para reter, método e faculdade para aprender, sutileza para interpretar, graça e abundância para falar, acerto ao começar, direção ao progredir e perfeição ao concluir...”

São Tomás de Aquino

RESUMO

Introdução: A afasia é um distúrbio adquirido de linguagem decorrente de uma lesão cerebral, que pode causar alterações nos âmbitos de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita. Relaciona-se diretamente com os aspectos psicossociais e com a qualidade de vida do sujeito que a possui e com a sobrecarga de seu cuidador. O tratamento para este distúrbio adquirido de linguagem, dá-se por meio de intervenção fonoaudiológica, que pode ocorrer de forma convencional ou intensiva. **Objetivo:** Verificar a influência de um programa de terapia fonoaudiológica intensiva para afásicos na qualidade de vida e grau de depressão dos pacientes e na sobrecarga do cuidador familiar. **Metodologia:** Participaram deste estudo 12 sujeitos com afasia decorrente de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e 11 cuidadores familiares. Os indivíduos com afasia realizaram 100 horas de fonoterapia intensiva e foram avaliados quanto a linguagem, qualidade de vida e grau de depressão pré e pós programa de intervenção. Os cuidadores familiares, também foram avaliados no início e no final do processo terapêutico, contudo verificou-se apenas o grau de sobrecarga. **Resultados:** Ao comparar a avaliação inicial e final, observa-se que todas as variáveis avaliadas apresentaram melhora estatisticamente significativa, quando comparadas consigo mesmas, no entanto, ao correlacionar a linguagem com qualidade de vida, o grau de depressão e grau de sobrecarga, verifica-se que a qualidade de vida demonstrou correlação estatisticamente significativa pré e pós intervenção fonoaudiológica, que o grau de depressão apresentou correlação estatisticamente significativa apenas na avaliação inicial e que a sobrecarga não apresentou correlação estatisticamente significativa em nenhum dos dois momentos. **Conclusão:** Conclui-se que o programa de terapia fonoaudiológica intensiva para pessoas com afasia contribuiu positivamente para a melhora da qualidade de vida dos participantes.

Palavras-chave: Linguagem. Fonoaudiologia. Afasia. Qualidade de Vida. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Aphasia is an acquired language disorder caused by brain injury, which can harm comprehension and expression of oral and written language. It is directly related with psychosocial aspects and the quality of life of the subject who has it and the burden of the caregiver. The patients can be treated by means of conventional or intensively speech therapy. **Objective:** To verify the influence of an intensive speech therapy program on the quality of life and degree of depression of the aphasia's patients and on the caregiver family burden. **Methodology:** The study included 12 aphasia's patients caused by Ischemic Stroke and 11 caregivers/family members. Aphasia's patients were submitted to 100 hours of intensive speech therapy and were evaluated for language, quality of life and degree of depression before and after intervention program. Caregivers family members were also evaluated at the beginning and end of the therapeutic process, however only the degree of overload was verified. **Results:** When comparing the initial and final evaluation, all variables evaluated showed a statistically significant improvement when compared to themselves; however, when correlating language with quality of life, degree of depression and degree of burden, it was verified that the quality of life showed statistically significant correlation pre and post speech therapy, the degree of depression showed statistically significant correlation only in the initial evaluation and that the burden was not statistically significant correlation in either times. **Conclusion:** It was concluded that the intensive speech therapy program for aphasia's patients contributed to the improvement of the participants' quality of life.

Key-words: Language. Speech, Language and Hearing Sciences. Aphasia. Quality of Life. Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores de risco para o AVC.....	22
Tabela 2 - Classificação das afasias.....	24
Tabela 3 - Semiologia das afasias.....	24
Tabela 4 - Pontuação permitida por habilidade para aquisição do escore total..	40
Tabela 5 - Representação do déficit neurológico a partir do escore Z.....	41
Tabela 6 - Escores possíveis de acordo com os domínios da escala SSQOL.....	42
Tabela 7 - Caracterização dos sujeitos com afasia.....	53
Tabela 8 - Caracterização dos cuidadores dos sujeitos com afasia.....	53
Tabela 9 - Escores Totais da Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil	54
Tabela 10 - Classificação do Escore Z de cada habilidade avaliada pela Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil.....	55
Tabela 11 - Dados descritivos obtidos pela Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil, utilizando como parâmetro o escore geral.....	56
Tabela 12 - Dados descritivos da pontuação obtida na escala SSQOL, pré e pós intervenção fonoaudiológica intensiva.....	56
Tabela 13 - Classificação do grau de depressão.....	57
Tabela 14 - Dados descritivos da pontuação obtida pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck-II.....	57
Tabela 15 - Classificação da sobrecarga do cuidador.....	57
Tabela 16 - Dados descritivos da pontuação obtida pela aplicação da escala Zarit Burden Interview.....	58
Tabela 17 - Correlação entre as variáveis: linguagem, grau de depressão, qualidade de vida e sobrecarga.....	58

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
WHO	<i>World Health Organization</i>
MTL-Brasil	Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação de Linguagem
SSQOL	<i>Stroke Specific Quality of Life Scale</i>
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck – II
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>
S	Sujeito de pesquisa com afasia
ED	Entrevista Dirigida
LA	Linguagem Automática
COP	Compreensão Oral de Palavras
COF	Compreensão Oral de Frases
DNO	Discurso Narrativo Oral
CE	Compreensão Escrita
C	Cópia
ESD	Escrita Sob Ditado
R	Repetição
LVA	Leitura em Voz Alta
FVS	Fluência Verbal Semântica
PNV	Praxias não Verbais
NO	Nomeação oral
MOSOV	Manipulação de Objetos Sob Ordem Verbal
FVF/O	Fluência Verbal Fonológica/ortográfica
RPC	Reconhecimento de Partes do Corpo
ND/E	Noção de Direita e Esquerda
NE	Nomeação Escrita
COT	Compreensão Oral do Texto
DN	Ditado de Números
DNE	Discurso Narrativo Escrito
CET	Compreensão Escrita do texto
CN	Cálculo Numérico

LISTA DE SÍMBOLOS

n	número
%	porcentagem
*	significância estatística
<	menor que

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Casa da Afasia FOB/USP.....	45
Figura 2 - Recepção.....	45
Figura 3 - Ambiente terapêutico: sala de estar.....	46
Figura 4 - Ambiente terapêutico: cozinha.....	46
Figura 5 - Ambiente terapêutico: quarto.....	47
Figura 6 - Ambiente terapêutico: escritório.....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	Acidente Vascular Cerebral	21
2.2	Afasia.....	23
2.3	Terapia fonoaudiológica intensiva	25
2.4	Qualidade de vida após o Acidente Vascular Cerebral.....	26
2.5	Depressão após o Acidente Vascular Cerebral	27
2.6	Cuidadores de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral.....	29
3	PROPOSIÇÃO	33
3.1	Objetivo Geral.....	33
3.2	Objetivos Específicos	33
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1	Casuística	37
4.1.1	Critérios gerais de inclusão na amostra de indivíduos com afasia	38
4.1.2	Critérios gerais de exclusão na amostra de indivíduos com afasia	38
4.1.3	Critérios gerais de inclusão na amostra de cuidadores familiares	39
4.1.4	Critérios gerais de exclusão na amostra de cuidadores familiares	39
4.2	PROCEDIMENTOS	39
4.2.1	Avaliação de Linguagem	39
4.2.1.1	Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação de Linguagem – MTL Brasil	39
4.2.2	Avaliação da qualidade de vida do indivíduo Pós-AVC	41
4.2.3	Avaliação do grau de depressão no indivíduo com afasia	43
4.2.4	Avaliação do nível de sobrecarga do cuidador familiar.....	43
4.2.5	Terapia fonoaudiológica intensiva	44
4.2.5.1	Ambiente terapêutico.....	44
4.2.5.2	Terapia grupal.....	48
4.2.6	Análise Estatística dos Resultados	49

5	RESULTADOS	53
5.1	Caracterização da amostra.....	53
5.2	Avaliação de linguagem	54
5.3	Avaliação da qualidade de vida do indivíduo pós- AVC.....	56
5.4	Avaliação do grau de depressão no indivíduo com afasia	56
5.5	Avaliação do nível de sobrecarga do cuidador familiar.....	57
5.6	Correlação da linguagem com grau de depressão, qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores.....	58
6	DISCUSSÃO	61
7	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS.....	85

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A *World Health Organization* (WHO) (2006), define o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou que conduzem a morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. O AVC destaca-se como a segunda causa de morte no mundo. Estima-se que no mundo, uma em cada seis pessoas sofrerá um AVC, totalizando, aproximadamente, 15 milhões de pessoas acometidas por ano, sendo que em média seis milhões não sobrevivem e outras cinco milhões ficam permanentemente incapacitadas (WHO, 2014). No Brasil, dos que sobrevivem, 30% a 48% apresentam algum tipo de incapacidade que os impendem de retornar ao trabalho, principalmente no primeiro ano após o AVC, e frequentemente, ficam dependentes de ajuda para o desempenho das atividades da vida diária (FALCÃO, 2004). O AVC pode trazer prejuízos temporários ou irreversíveis, afetando os aspectos motores, cognitivos, comportamentais e emocionais dos indivíduos acometidos (GIRARDON-PERLINI, 2007).

Após o AVC, comumente, podem estar presentes sequelas que interferem diretamente na capacidade funcional do sujeito (BONINI, 2010). Destaca-se que, dentre as mais frequentes consequências após o AVC, encontra-se a afasia, um distúrbio adquirido de linguagem, derivado geralmente de uma lesão no hemisfério esquerdo de indivíduos destros e direito de sujeitos não destros, que pode ser caracterizada por alterações em vários âmbitos da linguagem, como a expressão oral, compreensão e distúrbios de leitura e a escrita (COUDRY, 1996; BASSO., et al, 2013). Além das alterações de comunicação, a afasia pode gerar impacto nas áreas psicossociais (LEAL, 2006), repercutindo em sintomas secundários, como o isolamento e a depressão (AYERBE., et. Al, 2013), e interferindo negativamente na qualidade de vida do sujeito que a possui e de seu cuidador (LAVINSKY; VIEIRA, 2004), que frequentemente é o familiar mais próximo de quem sofreu o AVC (BOCCHI, 2004).

O reflexo na qualidade de vida do cuidador pode ser resultado da sobrecarga a ele delimitada (BOCCHI, 2004; GONÇALVES et al, 2006), que é diretamente relacionada às dificuldades para entender a linguagem ou lidar com os aspectos emocionais do afásico (PANHOCA; PUPO, 2009). Além disso, Camargos et al. (2009) referem que a presença de doenças crônicas, como o AVC, pode afetar, a vida da família do sujeito acometido, devido as dificuldades encontradas na adaptação à nova rotina, relacionadas principalmente à falta de orientações sobre a doença e suas consequências.

Considerando os prejuízos citados, faz-se importante a reabilitação das afasias, que ocorre por meio da terapia fonoaudiológica devendo ser científica, humana, sistemática e plástica, a fim de compreender o ser humano como um todo (JAKUBOVICZ, 2005), podendo ocorrer de forma convencional ou intensiva. Quando comparadas, a segunda modalidade terapêutica possibilita uma melhor recuperação da linguagem em pacientes com afasia (BHOGAL, 2003).

Algumas áreas da Fonoaudiologia têm atuado no processo de reabilitação utilizando programas de terapia intensiva. Os programas de terapia intensiva devem ter módulos curtos de até dois meses, com frequência semanal variando de três a sete dias, com sessões variando entre 30 e 60 minutos realizadas uma ou mais vezes ao dia (PAMPLONA et al., 2009; LEE et al., 2010; BISPO et al., 2011; BRADY et al., 2016; BREINSTEIN et al., 2017). Destaca-se que, o processo terapêutico fonoaudiológico intensivo para afasias, é algo inovador no Brasil.

Levando em consideração o fato de que a reabilitação das afasias pode ser determinante para os aspectos psicossociais e para a qualidade de vida da pessoa com afasia, além de influenciadora na sobrecarga do cuidador, foi realizado um estudo a fim de verificar a influência de um programa intensivo de terapia fonoaudiológica no grau de depressão e qualidade de vida de indivíduos com afasia e na sobrecarga de seus cuidadores familiares.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC pode ser definido como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios, focais ou globais, da função cerebral, com sintomas que ultrapassam um período de 24 horas ou que conduzem a morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular (WHO, 2006), podendo ser classificado de acordo com o tipo, isquêmico ou hemorrágico.

O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) tem sua causa por obstrução súbita de artérias, impedindo a irrigação cerebral. Pode ocorrer devido à uma placa de ateroma ou por um êmbolo secundário, resultando em lesões na área atingida e é subdividido em trombose de grandes artérias, trombose de pequenos vasos e embolia cerebral (LEITE, ET AL., 2011; WHO, 2010). Quando a isquemia cerebral causar uma leve restrição do fluxo sanguíneo ao tecido cerebral e ocorrer de forma transitória, com fluxo sanguíneo restabelecido, tem-se o Ataque Isquêmico Transitório, no qual pode ocorrer uma recuperação completa do déficit neurológico dentro das 24 primeiras horas (SÁ, 2009). O Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh) ocorre devido ao extravasamento sanguíneo em tecido cerebral e divide-se em sub grupos, tais como hemorrágico intracerebral ou hemorrágico subaracnóideo (WHO, 2010). Dentre os dois tipos, o AVCh, geralmente, causa déficits mais graves, devido ao edema cerebral ocasionado em regiões próximas a lesão, que podem gerar coágulos e/ou comprimir tecidos adjacentes (WEINER, 2003).

O diagnóstico do AVC é realizado por meio da associação da avaliação clínica e de exames de neuroimagem, como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada. A ressonância magnética é mais completa para auxiliar o diagnóstico do AVC, contudo, nota-se um predomínio da realização de tomografia computadorizada na rede de saúde pública brasileira, devido ao menor valor agregado a este tipo de exame (OLIVEIRA, ANCHIETA e FERREIRA, 2012).

O AVC pode ocorrer em qualquer idade e é a segunda maior causa de morte e de incapacidade funcional nos adultos e idosos (ANDRADE ET AL., 2009; TALARICO et al., 2011; MAAS et al., 2012; ARRUDA et al., 2014). Anualmente, aproximadamente 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC, destas, cinco milhões vem a óbito e outras cinco milhões ficam permanentemente incapacitadas (WHO, 2014). No Brasil, no período de 2008 a 2011, ocorreram 424.859 internações de idosos, com 60 anos ou mais, por AVC, com taxa de mortalidade de 18,32. No Estado de São Paulo ocorreram 69.722 internações e taxa de mortalidade de 18,57 (BRASIL, 2013). Segundo a *American Stroke Association* (2019), o AVC acomete predominantemente pessoas com idades mais avançadas, do sexo feminino, negros, com episódio anterior de AVC, histórico familiar de AVC, tabagistas, etilistas, hipertensas, diabéticas e obesas, entre outras, podendo estes estarem associados ou não. Entretanto, estudos recentes mostram que a incidência de AVC está aumentando entre adultos mais jovens (RAMIREZ et al., 2016, FRIDRIKSSON et al., 2018).

Os fatores de risco são variáveis e podem ser divididos, principalmente, em dois grupos: modificáveis e não modificáveis (GOMES, 2017). O Ministério da Saúde do Brasil (2013) elencou os principais fatores de risco para os brasileiros:

Tabela 1. Fatores de risco para o AVC

Categorias	Fatores de risco
Modificáveis	Diabetes, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares, alcoolismo, obesidade, doenças cardiovasculares, fibrilação atrial, terapia de reposição hormonal pós menopausa, uso de Codeína, uso de Anfetamina e de contraceptivos orais
Não modificáveis	Idade, raça, gênero, condições genéticas, histórico familiar de AVC e AVC ou Ataque Isquêmico Transitório prévio

FONTE: Ministério da Saúde, 2013.

Além da divisão sugerida pelo Ministério da Saúde do Brasil (2013), a WHO (2006) e a *American Stroke Association* (2012) também elencam os fatores de risco ambientais, tais como acesso a serviços da saúde e exposição passiva ao fumo. Ressalta-se que, a literatura indica que a presença de um ou a combinação entre os

fatores de risco, podem influenciar na probabilidade de ocorrer um AVC (WHO, 2006).

Os prejuízos resultantes de um AVC, podem ser temporários ou irreversíveis, afetando os aspectos motores, de humor, cognitivos, comportamentais e emocionais (GIRARDON-PERLINI, 2007; GILES; HOTHWELL, 2008). Devido a estes prejuízos, dentre os sobreviventes, aproximadamente 30% a 48% não conseguem retornar as funções cotidianas no primeiro ano após o acometimento (FALCÃO et al., 2004).

2.2 AFASIA

A linguagem é definida como um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais, utilizados para que ocorra a comunicação. É um sistema definido pela interação de fatores biológicos, cognitivos, psicossociais e ambientais e pode evoluir dentro de contextos históricos, sociais e culturais (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING, 2012). É uma função cerebral que utiliza elementos orais e gráficos para a comunicação humana (MENDONÇA, 2005). Segundo Murdoch (1997), a linguagem é de responsabilidade, predominantemente, do hemisfério esquerdo, especificamente da região perisilviana, que inclui as áreas motoras e sensoriais, de expressão e compreensão da linguagem, respectivamente. Tais áreas atuam concomitantemente e, isso ocorre devido ao Fascículo Arqueado, que conecta amplamente os lobos frontal e temporal.

Quando há um prejuízo cerebral, afetando as áreas responsáveis pela linguagem, pode ocorrer a afasia, que é definida como a perda ou debilidade da função de linguagem causada por um prejuízo cerebral (MURDOCH, 1997). Pode comprometer a linguagem de muitas maneiras, incluindo a sua produção e a sua compreensão, além de outras habilidades, como a leitura e a escrita (VEGA, 2008).

A afasia pode ser causada por diversas patologias que acometam o Sistema Nervoso Central e que causem uma lesão neurológica nas áreas responsáveis pela linguagem, contudo, a sua principal causa é o AVC (FRIDRIKSSON et al., 2018).

Historicamente as afasias foram classificadas como receptivas, emissivas e

mistas, considerando-se as áreas de comprometimento (ORTIZ, 2005). As classificações das afasias mais utilizadas são as propostas por Boston e Lúria, sendo que o primeiro as divide em 8 subtipos, e o segundo em 7 subtipos (TABELA 2).

Tabela 2. Classificação das afasias

Classificação de Boston	Classificação de Lúria
Afasia de Broca	Afasia Sensorial
Afasia de Wernicke	Afasia Acusticamnésica
Afasia Anômica	Afasia Dinâmica Frontal
Afasia Global	Afasia Semântica
Afasia Transcortical Motora	Afasia Motora Eferente
Afasia Transcortical Sensorial	Afasia Pré - motora
Afasia Transcortical Mista	Afasia Motora Aferente
Afasia de Condução	-----

Fonte: Murdoch, 1997

Mais de 20% das pessoas que sofrem um AVC desenvolvem alguma forma de afasia (ARRUDA et al., 2014), sendo que na fase aguda, a porcentagem de ocorrência aumenta para, aproximadamente, 30% (FRIDRIKSSON et al., 2018), podendo se manifestar por diferentes tipos de semiologias (TABELA 3).

Tabela 3. Semiologias das afasias

Semiologia	Descrição
Mutismo	Supressão da Linguagem oral.
Anomia	Incapacidade de evocar palavras durante a enunciação.
Estereotíпия	Redução das emissões linguísticas a sílabas, segmentos de emissão, único item lexical ou frases.
Jargão	Produção oral sem significado linguístico.
Neologismo	Sequência de fonemas e/ou grafemas que obedecem as regras da língua, contudo não existem.
Parafasias	Substituição de uma palavra por outra.
Ecolalia	Repetição imediata do discurso do outro.
Bradilalia	Ritmo lento durante a emissão oral.
Logorréia	Ritmo rápido durante a emissão oral.
Agramatismo	Produção linguística desprovida de regras combinatórias da língua.

Fonte: Ortiz, 2005; Alyahya, Druks, 2016; Silkes, 2018.

2.3 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTENSIVA

A reabilitação é um processo que visa a recuperação da integridade física, sensorial, intelectual, psicológica e social, por meio da oferta de ferramentas que promovem maior independência e determinação (WHO, 2012). A reabilitação fonoaudiológica, especialmente a voltada às afasias, objetiva a recuperação ou melhora da comunicação, buscando o máximo restabelecimento dos aspectos linguísticos que a condição neurológica adquirida permitir, utilizando todas as habilidades residuais que favoreçam este processo (JAKUBOVICZ, 2005).

Jakubovicz (2005), sugere que a reabilitação das afasias deve ser científica, humana, sistemática e plástica, compreendendo o ser humano em sua totalidade. Na afasia, a plasticidade neuronal, depende da natureza dos circuitos neuronais e dos níveis de especificidade desses, e possibilita a recuperação espontânea das habilidades linguísticas, principalmente nos três primeiros meses após a lesão (KUNST, 2013). Contudo, mesmo com este grau de recuperação espontânea, existe a possibilidade de que resultados indesejados sejam desencadeados, devido a formações de conexões neuronais inadequadas, por isso a importância de tratamentos adequados que propiciem maior precisão na reorganização das conexões restauradas (TEIXEIRA, 2008).

Indivíduos com comprometimentos cognitivos podem melhorar a função, quando submetidos a um programa de reabilitação específico (HERSHKOVITZ, 2007), principalmente se o processo terapêutico iniciar precocemente, logo após a estabilização do quadro clínico do indivíduo acometido pelo AVC (RABADI, 2008). A fonoaudiologia tem inovado os processos de reabilitação utilizando programas de reabilitação intensiva em varias áreas, como por exemplo na linguagem, motricidade oral, voz, dentre outras. A literatura sugere que programas de terapia intensiva devem ter módulos curtos de até dois meses, com frequência semanal variando de três a sete dias, com sessões variando entre 30 e 60 minutos realizadas uma ou mais vezes ao dia (PAMPLONA et al., 2009; LEE et al., 2010; BISPO et al., 2011; LASKA et al., 2011)

Alguns autores relatam que a intervenção fonoaudiológica, especificamente para a afasia, é mais eficaz se administrada de forma suficientemente intensiva, de

cinco a dez horas semanais. Contudo, há poucas pesquisas clínicas randomizadas sobre a eficácia deste tipo de tratamento (BRADY et al., 2016).

Laska et al. (2011), realizou um estudo prospectivo, aberto, randomizado, controlado, realizado com avaliação de desfecho cego, sobre a eficácia da terapia fonoaudiológica intensiva precoce, iniciada em até dois dias após o AVC. O estudo foi realizado com 123 pacientes com AVCi agudo, divididos em dois grupos, um submetido a 45 minutos de intervenção diária, durante 21 dias consecutivos, e outro grupo que não recebeu fonoterapia durante este período. Os autores concluíram que a intervenção fonoaudiológica intensiva precoce foi significativamente melhor para os indivíduos com afasia fluente, provavelmente devido aos exercícios para a habilidade de compreensão, mas não mostrou efetividade para os pacientes com afasia não fluente, ou seja, com a expressão mais comprometida.

Breinstein et al. (2017) realizaram o primeiro ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico em pacientes com afasia crônica após o AVC, com 158 pacientes, divididos em dois grupos, submetidos a dois tipos de tratamento, um que constava em um programa de terapia fonoaudiológica intensiva, que ocorreu durante três semanas, em dez horas semanais, e outro que consistia na ausência de tratamento ou em tratamento convencional. Os participantes do modelo de terapia intensiva, aumentaram significativamente a comunicação verbal.

Shklovskij et al. (2018) analisaram indicadores clínicos relacionados a eficácia terapêutica de um programa de reabilitação de afasia. O estudo incluiu 40 sujeitos com afasia. O tratamento iniciou três meses após o AVC, e consistiu em 15 horas de terapia por semana, durante aproximadamente cinco semanas. A eficácia máxima indicada pelo programa de reabilitação, foi de 70% e a mínima de 30%.

2.4 QUALIDADE DE VIDA APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde, como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL GROUP, 1995). É um conceito

referente a percepção subjetiva dos aspectos da vida e interage com as dimensões física, funcional, psicológica e social (SEID, ZANNON, 2004). Para Fleck et al. (1999), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, do sistema de valores em que está inserido, nos aspectos da sua cultura e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Scalzo, et al. (2010) inferem que a capacidade funcional e os aspectos físicos, que comumente estão alterados em indivíduos pós AVC, podem causar prejuízo significativo na autonomia e independência, interferindo diretamente na qualidade de vida destas pessoas. Rangel, Belasco e Diccini (2013), relatam que a qualidade de vida em pacientes acometidos por AVC, pode estar comumente diminuída e correlacionam-se com limitações para o desempenho de atividades de vida diária. Os autores concluem que a presença de sintomas depressivos, intenso grau de dependência, mais de um episódio de AVC, menor nível de escolaridade, maior número de pessoas dependentes da renda do sujeito acometido e o gênero feminino, podem interferir negativamente na qualidade de vida.

Carleto (2012) ressalta a importância pela busca da mensuração da qualidade de vida, uma vez que está relaciona-se com a ampliação aos cuidados referentes à saúde, à sobrevivência da população e a qualidade do prolongamento da vida. A autora realizou um estudo com pacientes com afasia e concluiu que a qualidade de vida pode ser mais influenciada pela linguagem, comportamento, modo de pensar, relações sociais, funções dos membros superiores e estado de ânimo.

A afasia pode resultar em grande impacto nas áreas psicossociais como a autoestima, as relações interpessoais, a identidade e os papéis sociais (LEAL, 2006). Micheline e Caldana (2005) presumem que a alteração adquirida de linguagem, resultante do AVC, pode causar a restrição de comunicação com o meio, afetando diretamente as interações familiares, o convívio social e a qualidade de vida.

2.5 DEPRESSÃO APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Frequentemente, pessoas com afasia sofrem com depressão. A alteração de linguagem, caracterizada por déficits severos é algo que interfere nas intervenções

psicológicas para os sintomas neuropsiquiátricos. Um estudo randomizado controlado cruzado, realizado com 18 participantes com afasia crônica não fluente, dividiu os sujeitos em dois grupos para dois tratamentos consecutivos, sendo o primeiro o de terapia intensiva de linguagem, enfatizando o uso da linguagem comunicativa na interação social e o segundo de terapia de nomeação intensiva, centralizada na expressão. As intervenções foram realizadas durante seis dias consecutivos, por três horas e trinta minutos. Os sujeitos apresentaram uma diminuição significativa nos sintomas de depressão após a realização do tipo de intervenção que enfatizava o uso da comunicação na interação social, o que não ocorreu após a intervenção de nomeação intensiva, centralizada apenas na expressão (MOHR et al., 2017).

Para alguns pacientes, a perda da habilidade em se comunicar reflete na perda de sua personalidade (ALBERT, 1998). Consequentemente, os efeitos sociais da afasia estão aumentando, à medida que os indivíduos mais jovens são propensos a viver mais com a afasia em comparação com aqueles que a adquirem em uma idade posterior (FRIDRIKSSON ET AL., 2018).

Hackett et al. (2005) demonstraram, numa revisão sistemática, que a depressão é a complicação neuropsiquiátrica mais frequente após o AVC e a que está associada a um pior prognóstico. Barbosa et al. (2011), relatam que a depressão após o AVC é muito frequente e que influencia negativamente os resultados dos programas de reabilitação, afirmam ainda, que a afasia é um fator preditivo para esta sintomatologia psicossocial.

Para alguns autores a depressão após um AVC pode ser considerada uma consequência direta da lesão cerebral ou uma reação secundária as sequelas do acometimento (WHITE, MULSANT, 2002; THOMAS, LINCOLN, 2006). Shimoda e Robinson (1999), referem uma associação entre as lesões cerebrais anteriores esquerdas e a depressão.

Condições psicossociais negativas tem implicações no prognóstico, recuperação funcional, convívio familiar, reintegração social, qualidade de vida e mortalidade. Diante disto, autores ressaltam a importância do diagnóstico precoce

da depressão, para iniciar um tratamento adequado, bem como a implementação de estratégias preventivas para reduzir os seus efeitos (GALBADÓN et al., 2007).

2.6 CUIDADORES DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Comumente, pacientes vítimas de AVC tornam-se dependentes de outras pessoas para a realização de atividades básicas, como a higiene, locomoção e alimentação (BRITO, RABINOVICH, 2008). Após o período de internação hospitalar, o indivíduo pode retornar para o domicílio com sequelas físicas e emocionais, que comprometem a independência, capacidade funcional e autonomia. Além disso, pode sofrer os efeitos sociais e econômicos advindos no novo cenário (MARQUES, RODRIGUES, KUSUMOTA, 2006).

Existem cuidadores formais ou informais, os primeiros referem-se a profissionais preparados para ocupar esta função, enquanto os segundos, assumem o papel de cuidador sem objetivo de remuneração e, comumente, possuem vínculo afetivo e/ou familiar com sujeito acometido. Quando as famílias possuem um maior nível socioeconômico, geralmente, optam pela contratação de cuidadores formais. No entanto, grande parte das famílias, devido a falta de condições financeiras e da carência de profissionais formais na área inseridos em serviços públicos, optam pela constituição de cuidadores informais (MOLETA et al., 2011).

Alguns autores relatam que o papel de principal cuidador, geralmente é ocupado por familiares, do sexo feminino e que residem no mesmo domicílio (KARSCH, 2003; VERAS, 2009). Os cuidadores vivenciam mudanças no estilo de vida que modificam e geram insatisfações na vida social dos mesmos, devido às condições limitantes impostas pela doença, trazendo sentimentos de isolamento e de restrição de atividades (ROBINSON- SMITH, MABONEY, 1995).

Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) afirmam que, quando ocorre um declínio funcional em decorrência de uma doença, é a família quem assume as responsabilidades e se envolve em aspectos da assistência. Saliba (2007) também observa que a função de cuidador é assumida, muito frequentemente, por familiares,

contudo, destaca que, muitas vezes, estes não possuem formação profissional, causando maior desgaste para ambos, paciente e familiar.

Autores realizaram um estudo para caracterizar cuidadores de indivíduos com afasia. Foi observado o relato da percepção de grande dependência do familiar com afasia, piora nos aspectos financeiros e sentimentos de preocupação, tristeza, ansiedade (ARAGÃO, NUNES, 2009).

As manifestações da afasia, tendem a resultar em um importante grau de ansiedade e estresse para os familiares, uma vez que o sujeito acometido pelo AVC, passa a apresentar uma alteração que, geralmente, o impede de compreender ou expressar suas necessidades e instiga a família a ter que lidar com as próprias limitações para o estabelecimento das relações com este sujeito (PANHOCA, 2009).

Ao assumir o papel de cuidador, o familiar passa a dedicar grande parte de seu tempo ao sujeito cuidado, e devido a isto, muitas vezes, abdicam ou restringem, sua vida pessoal e momentos de bem estar, gerando maior sobrecarga sobre si e até mesmo o adoecimento (FERNANDES, GARCIA, 2009).

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a influência da eficácia de um programa de terapia fonoaudiológica intensiva para pessoas com afasia decorrente de AVC, no grau de depressão e na qualidade de vida, bem como, na sobrecarga dos cuidadores familiares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1** Avaliar a linguagem do indivíduo com afasia pré e pós programa de terapia fonoaudiológica intensiva;
 - 3.2.2** Verificar o grau de depressão do indivíduo com afasia pré e pós-programa de terapia fonoaudiológica intensiva;
 - 3.2.3** Verificar a qualidade de vida do indivíduo com afasia pré e pós-programa de terapia fonoaudiológica intensiva;
 - 3.2.4** Verificar a sobrecarga dos cuidadores familiares pré e pós-programa de terapia fonoaudiológica intensiva;
 - 3.2.5** Correlacionar a habilidade de linguagem de sujeitos com afasia, antes e depois de um programa de terapia fonoaudiológica intensiva, com a qualidade de vida e grau de depressão dos mesmos e com a sobrecarga do cuidador familiar.
-
-

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, sob número CAAE 53782416.2.0000.54177 (Anexo A). Ressalta-se que foram cumpridos todos os quesitos que versa a Resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e que a anuência do paciente para a participação voluntária no trabalho e publicação dos dados foi confirmada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos B e C).

Destaca-se que este trabalho é parte integrante do projeto “Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional”. O projeto foi viabilizado pelo auxílio regular processo número 2015/16862-7 aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

4.1 CASUÍSTICA

A Casuística foi composta pelos indivíduos com afasia, que realizaram tratamento no programa de terapia fonoaudiológica intensiva vinculado ao projeto “Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional” e pelo principal cuidador familiar de cada um. O programa terapêutico, ocorreu em um ambiente denominado Casa da Afasia, pertencente a Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

Os sujeitos foram selecionados a partir de uma triagem, baseada nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A partir desta triagem, selecionou-se 12 pacientes, que foram divididos em quatro grupos. Neste estudo os sujeitos foram representados por siglas (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11 e S12) para facilitação da representatividade e descrição quanto as identidades dos mesmos. Os

sujeitos com afasia e/ou outras alterações fonoaudiológicas, que não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, foram encaminhados para o atendimento convencional da Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Destaca-se que o número de sujeitos foi determinado considerando a limitação de espaço e o número de fonoaudiólogas disponíveis para o atendimento. Ao selecionar os participantes do programa de terapia, selecionou-se também, 12 cuidadores principais, que participariam deste estudo. Contudo, um dos cuidadores não se fez presente, devido a compromissos de trabalho e por isso não foi possível aplicar o protocolo específico com o mesmo, sendo excluído da amostra.

4.1.1 Critérios gerais de inclusão na amostra de indivíduos com afasia:

- Diagnóstico médico de AVC;
- Afasia decorrente de AVC;
- Indivíduos com idade superior a 18 anos;
- Tempo de lesão entre 0 e 24 meses;
- Disponibilidade diária para frequentar o centro de reabilitação durante cinco semanas;
- Sujeitos que conseguissem permanecer sentados por aproximadamente 5 horas;
- Sujeitos que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.1.2 Critérios gerais de exclusão na amostra de indivíduos com afasia:

- Sujeitos que apresentassem outras patologias de origem neurológica, que não o AVC;
 - Indivíduos com alteração motora do tipo quadriplegia;
 - Ter realizado terapia fonoaudiológica previamente para alterações de linguagem decorrentes de um quadro de afasia;
 - Indivíduos com alteração severa de compreensão.
-

4.1.3 Critérios gerais de inclusão na amostra de cuidadores familiares:

- Possuir vínculo familiar ou afetivo com o sujeito com afasia;
- Ser o principal responsável por auxiliar o indivíduo com afasia na maioria das atividades de vida diária;
- Sujeitos que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.1.4 Critérios gerais de exclusão na amostra de cuidadores familiares:

- Ser um cuidador contratado pela família.

4.2 PROCEDIMENTOS

4.2.1 Avaliação de Linguagem

4.2.1.1 Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação de Linguagem – MTL Brasil

Para descrever a comunicação do paciente antes e após a intervenção fonoaudiológica intensiva e, desse modo, avaliar a efetividade da proposta terapêutica, foi utilizada a Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem – MTL - Brasil (PARENTE et al., 2016), um instrumento validado e padronizado para o português brasileiro. Tal teste é composto por 21 sub-provas, que abordam os aspectos: entrevista dirigida, linguagem automática, compreensão oral, discurso narrativo oral, compreensão escrita, cópia, escrita sob ditado, repetição, leitura em voz alta, fluência verbal semântica, praxias não verbais, nomeação oral, manipulação de objetos sob ordem verbal, fluência verbal fonológica/ortográfica, reconhecimento de partes do corpo e noção de direita e esquerda, nomeação escrita, compreensão oral do texto, ditado de números, discurso narrativo escrito, compreensão escrita do texto e cálculo numérico.

Os escores para interpretação dos resultados foi obtido por meio do escore total e do escore Z. O escore total é calculado por meio da somatória das pontuações obtidas em cada habilidade e permite uma visão geral da linguagem do indivíduo, quanto maior a pontuação, melhor o desempenho na avaliação (TABELA 4). O escore Z representa o perfil linguístico e é calculado por meio da média de cada habilidade para determinada faixa etária e escolaridade, subtraída do escore bruto de cada habilidade e dividido pelo desvio padrão. Todas estas normativas são indicadas pelo manual de interpretação do teste e resultam em um índice representativo do déficit neurológico (TABELA 5). Ressalta-se que este instrumento não foi anexado a este trabalho devido a restrições por direitos autorais.

Tabela 4. Pontuação permitida por habilidade para aquisição do escore total

Habilidade	Escore máximo
Entrevista Dirigida (ED)	26
Linguagem automática (LA)	12
Compreensão Oral de palavras e frases (COP E COF)	19
Discurso narrativo oral (DNO)	13
Compreensão Escrita (CE)	13
Cópia (C)	8
Escrita sob ditado (ESD)	22
Repetição (R)	33
Leitura em voz alta (LVA)	33
Fluência verbal semântica (FVS)	* Número de palavras ditas
Praxias não verbais (PNV)	24
Nomeação oral (NO)	30
Manipulação de objetos sob ordem verbal (MOSOV)	16
Fluência verbal fonológica/ortográfica (FVF/O)	* Número de palavras ditas
Reconhecimento de partes do corpo e noção D/E (RPC e ND/E)	8
Nomeação escrita (NE)	30
Compreensão oral do texto (COT)	9
Ditado de números (DN)	6
Discurso narrativo escrito – Número de palavras (DNE)	13
Compreensão escrita do texto (CET)	9
Cálculo numérico (CN)	12
Total	336

Fonte: PARENTE et al., 2016

Tabela 5. Representação do déficit neurológico a partir do escore Z

Escore Z	Índice representativo
Entre -1,0 e -1,5	Alerta para déficit neuropsicológico
Entre -1,6 e -2,0	Déficit moderado a grave
< ou = a -2,0	Presença de déficit muito grave.
> -1,0	Não sugere déficit cognitivo

Fonte: PARENTE et al., 2016

4.2.2 Avaliação da qualidade de vida do indivíduo pós-AVC

Para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos com afasia, foi utilizado o instrumento Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) (Anexo D), específico para avaliação da qualidade de vida em pacientes pós-doenças cerebrovasculares, desenvolvido por Williams et al. (1999), traduzido e adaptado por Santos (2000) e validado por Santos (2007). Esta avaliação ocorreu pré e pós-período de terapia fonoaudiológica intensiva.

O instrumento é composto por 49 itens, divididos em 12 domínios e compõe-se de três partes. A primeira parte aborda os seguintes aspectos: mobilidade (6 itens); função dos membros superiores (5 itens); trabalho/produtividade (3 itens); visão (3 itens); linguagem (5 itens); e cuidados pessoais (5 itens). As opções de respostas e os respectivos escores para essa parte são: impossível de realizar (1 ponto), muita dificuldade (2 pontos), alguma dificuldade (3 pontos), pouca dificuldade (4 pontos) e sem qualquer dificuldade (5 pontos). A segunda etapa consta de uma lista nas quais o indivíduo deve opinar sobre: energia (3 itens), ânimo (5 itens), relações sociais (5 itens), relações familiares (3 itens), modo de pensar (3 itens) e comportamento (3 itens). As opções de respostas e os respectivos escores podem ser: concordo muito (1 ponto), concordo parcialmente (2 pontos), não concordo e nem discordo (3 pontos), discordo parcialmente (4 pontos) e discordo totalmente (cinco pontos). A terceira, avalia a impressão pessoal de cada domínio, comparando o período atual e a época antes de a doença ter ocorrido. Abrange os domínios energia (1 item), linguagem (1 item), mobilidade (1 item), visão (1 item), função de

membros superiores (1 item), modo de pensar (1 item), ânimo (1 item), comportamento (1 item), trabalho/produtividade (1 item), cuidados pessoais (1 item), relações familiares (1 item), relações sociais (1 item) e a visão geral sobre a qualidade de vida, (1 item) que não é um domínio específico. As respostas variam entre muito pior, pior, um pouco pior ou igual à época anterior à doença. A quantificação das respostas é realizada de acordo com a escala de pontos do tipo Likert, de um a cinco pontos para a primeira e segunda parte e de um a quatro pontos para a terceira, considerando o escore mínimo de 62 pontos e o escore máximo de 297 pontos (SANTOS, 2007) (TABELA 6).

Tabela 6. Escores possíveis de acordo com os domínios da escala SSQOL

Domínios	Escore Mínimo	Escore Máximo
Mobilidade	7	34
Função de Membros Superiores	6	29
Trabalho/Produtividade	4	19
Cuidados Pessoais	6	29
Linguagem	6	29
Visão	4	19
Energia	4	19
Ânimo	6	29
Relações Sociais	6	29
Relações Familiares	4	19
Modo de Pensar	4	19
Comportamento	4	19
Geral	1	4
Total	62	297

Fonte: SANTOS, 2007

4.2.3 Avaliação do grau de depressão no indivíduo com afasia

Para avaliar o grau de depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II) (GORENSTEIN et.al, 2014), que é composto por 21 itens que englobam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. O escore final é obtido mediante ao somatório dos itens que compõem a escala, resultando na seguinte normatização: (a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; (b) depressão leve – moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; (c) depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos; e (d) depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos. Ressalta-se que este instrumento não foi anexado a este trabalho devido a restrições por direitos autorais.

O BDI-II foi aplicado nos sujeitos com afasia, antes e depois do período de terapia intensiva, por uma psicóloga que compõe a equipe do projeto “Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional”. Nos casos em que os sintomas de depressão foram detectados, os indivíduos foram orientados e encaminhados para o tratamento adequado da depressão.

4.2.4 Avaliação do nível de sobrecarga do cuidador familiar

Para avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares, foi utilizada a escala Zarit Burden Interview (ZBI) (Anexo E), versão traduzida e validada no Brasil por Scafuzca (2002). O instrumento é composto por 22 questões e avalia o quanto as atividades do cuidador tem impacto sobre a vida social, bem-estar físico, emocional e financeiro. As respostas de cada item podem variar de um a cinco pontos, sendo um o equivalente à “nunca ocorre”, dois à “quase nunca”, três à “as vezes”, quatro à “frequentemente” e cinco à “quase sempre”. O escore pode variar de 22 a 110 pontos, sendo a pontuação e a sobrecarga diretamente proporcionais. Esta

avaliação ocorreu antes e depois do período de terapia fonoaudiológica intensiva para afasia.

4.2.5 Terapia Fonoaudiológica Intensiva

4.2.5.1 Ambiente terapêutico

O ambiente terapêutico utilizado para a realização do programa de terapia fonoaudiológica intensiva para indivíduos com afasia, foi a Casa da Afasia, situada na Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. A Casa da Afasia foi desenvolvida a partir do projeto “Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco, Promoção da Saúde, Inovações no Processo de Reabilitação da Comunicação e Políticas Públicas de Saúde - atuações de um grupo multiprofissional”, viabilizado por meio do auxílio regular processo número 2015/16862-7 aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a Universidade de São Paulo, Campus Bauru.

A estrutura consiste em um ambiente terapêutico, estruturado dentro de três containers marítimos (Figuras 1 e 2), que simulam os cômodos de uma casa do estilo brasileiro, com uma sala de estar (Figura 3), uma cozinha (Figura 4), um quarto (Figura 5) e um escritório (Figura 6). Ressalta-se que a simulação do ambiente domiciliar, visa proporcionar maior realidade e funcionalidade durante as intervenções, aproximando as situações rotineiras dos sujeitos à fonoterapia.

Figura 1 – Casa da Afasia FOB/USP

Figura 2 – Recepção

Figura 3 – Ambiente terapêutico: sala de estar

Figura 4 – Ambiente terapêutico: cozinha

Figura 5 – Ambiente terapêutico: quarto

Figura 6 – Ambiente terapêutico: escritório

As terapias individuais aconteceram de segunda-feira à quinta-feira, durante cinco semanas, totalizando 80 horas. As atividades foram divididas em quatro atendimentos de 50 minutos cada, durante o período da manhã, das 8 às 12 horas, com intervalo de 30 minutos, para alimentação e convivência entre os terapeutas e pacientes. A equipe contou com quatro fonoaudiólogas por módulo, que foram responsáveis por um atendimento diário de cada participante, exigindo-se a troca de profissionais a cada hora. Os grupos receberam intervenção de terapia intensiva em linguagem em quatro módulos distintos, entre os meses setembro de 2017 a junho de 2018, com intervalo de um mês entre cada módulo, que foi destinado a seleção de novos participantes e a elaboração de planejamentos terapêuticos individuais.

Durante as sessões individuais foram trabalhadas as alterações de linguagem evidenciadas na avaliação fonoaudiológica de cada participante. Assim, o roteiro terapêutico foi estabelecido para todos os grupos, respeitando as singularidades de cada sujeito, baseando-se em características específicas de nível socioeconômico, escolaridade, interesses e alterações encontradas. O roteiro de intervenção abordou, a cada hora: terapia de nomeação, melódica, de leitura e escrita e de contextualização da comunicação. Ressalta-se que a escolha pelos métodos terapêuticos abordados foi realizada com o objetivo de obter melhora no acesso lexical, compreensão das estruturas sintáticas, organização sintática da linguagem oral e escrita, conversação e fluência do discurso.

Para otimizar as abordagens e explorar os ambientes terapêuticos, foi realizado um rodízio entre as salas de atendimentos, localizadas em diferentes cômodos da casa. Desse modo, buscou-se o máximo aproveitamento do paciente nas sessões, evitando uma intervenção monótona e exaustiva.

4.2.5.2 Terapia grupal

A terapia fonoaudiológica grupal aconteceu uma vez por semana, sempre as sextas-feiras, durante as cinco semanas de intervenção, totalizando 20 horas. Os grupos contavam com todos os participantes do respectivo módulo e foram realizadas apenas por uma fonoaudióloga, selecionada a cada grupo, diante da disponibilidade das pesquisadoras. Os ambientes terapêuticos explorados durante esta abordagem, foram a cozinha e a sala de estar, devido a maior amplitude de

espaço para intervenções em grupos. Nas sessões foram trabalhados aspectos referentes ao uso da linguagem no contexto social, por meio de atividades que priorizassem a comunicação funcional, a interação e o diálogo entre os sujeitos. Desta forma, o principal objetivo deste modelo terapêutico, foi o de ser um meio facilitador da comunicação, buscando criar a necessidade do uso da linguagem, juntamente ao contexto positivo para a prática linguística.

4.2.6 Análise estatística dos resultados

A análise estatística foi realizada de forma descritiva e inferencial, por meio do software SPSS, versão 25, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para determinar se os dados quantitativos tinham distribuição normal. Nenhum dos dados apresentou distribuição normal, portanto, foram utilizados testes não paramétricos. O teste não paramétrico de Wilcoxon foi utilizado para realizar a comparação das variáveis Qualidade de Vida, Grau de Depressão, Aspectos de Linguagem e Sobrecarga do Cuidador, antes e depois do programa de intervenção fonoaudiológica intensiva. Para verificar a relação entre linguagem e qualidade de vida, linguagem e grau de depressão e linguagem e sobrecarga do cuidador, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 12 adultos com afasia em decorrência de AVC isquêmico e por 11 cuidadores, totalizando 23 sujeitos. A caracterização dos indivíduos com afasia e dos cuidadores encontram-se nas tabelas 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7. Caracterização dos sujeitos com afasia

Idade média/dp	56,00/19,52
Gênero n (%)	
Feminino	5 (41,66%)
Masculino	7 (58,34%)
Escolaridade n (%)	
Primário completo/ ensino fundamental incompleto	3 (25%)
Ensino médio completo/ superior incompleto	6 (50%)
Superior completo	3 (25%)

Legenda: dp: desvio padrão; n: número de sujeitos; %: porcentagem de sujeitos

Tabela 8. Caracterização dos cuidadores dos sujeitos com afasia

Idade média/dp	42,63/14,34
Gênero n (%)	
Feminino	8 (72,72%)
Masculino	3 (27,28%)
Escolaridade n (%)	
Primário completo/ ensino fundamental incompleto	3 (27,28%)
Ensino fundamental completo/ ensino médio incompleto	1 (9,09%)
Ensino médio completo/ superior incompleto	2 (18,18%)
Superior completo	5 (54,55%)

Legenda: dp: desvio padrão; n: número de sujeitos; %: porcentagem de sujeitos

5.2 AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM

Na tabela 9 é possível observar o escore total e na tabela 10 apresenta-se a classificação do escore Z, caracterizada por meio de números representativos: não sugere déficit cognitivo (0), alerta para déficit neuropsicológico (1), déficit moderado a grave (2) e presença de déficit muito grave (3). Ao comparar o escore total antes e após o período terapêutico, nota-se diferença positiva, apresentada por todos os sujeitos. Ao comparar a classificação do escore Z, pré e pós intervenção, nota-se que todos os sujeitos apresentaram melhoras ou manutenção das classificações na maioria das habilidades, no entanto os S1, S3, S5, S7, S8, S9 e S10 apresentaram piora para uma ou mais habilidades (TABELA 10).

Tabela 9 – Escores Totais da Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil (Parente, 2016)

Sujeito	Pré terapia	Pós terapia	Diferença
S1	71	281	210
S2	192	274	82
S3	174	187	13
S4	55	68	13
S5	310	329	19
S6	116	122	6
S7	120	176	56
S8	19	48	29
S9	203	211	8
S10	240	293	53
S11	46	57	11
S12	65	115	50

Tabela 10 – Classificação do Escore Z de cada habilidade avaliada pela Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil (Parente, 2016)

Habilidade		ED	LA	CO	DNO	CE	C	ESD	R	LVA	FVS	PNV	NO	MOSOV	FVF/O	RPC	ND/E	NE	COT	DN	DNE	CET	CN
S1	Pré	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
	Pós	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	1	2	3	2
S2	Pré	0	0	3	3	3	0	3	3	3	1	3	3	3	3	0	0	0	3	3	3	3	3
	Pós	0	0	3	3	3	0	3	3	0	1	3	3	3	3	0	0	0	3	1	0	0	3
S3	Pré	3	3	3	0	3	0	3	3	3	3	2	3	3	3	0	0	1	3	3	3	3	3
	Pós	3	3	3	0	3	0	3	3	3	2	0	3	3	3	0	3	0	1	3	3	3	3
S4	Pré	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Pós	3	0	3	3	3	3	3	3	3	2	0	3	3	2	0	0	3	3	0	3	0	0
S5	Pré	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3	3	0	0	3	0	0	3	0	0	1	1	3
	Pós	0	0	3	0	3	0	1	2	0	3	3	0	0	3	0	0	3	3	3	0	3	2
S6	Pré	3	0	3	3	3	0	3	3	3	3	0	3	3	3	1	0	3	3	3	3	3	3
	Pós	3	0	3	3	3	0	3	0	3	3	0	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3
S7	Pré	3	0	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	2	3	3
	Pós	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	0	3	3	3	1	2	3	3
S8	Pré	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	2
	Pós	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2
S9	Pré	3	0	2	0	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	3	1	1	2	3	3
	Pós	3	0	0	0	3	2	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	3	0	3	2	3	3
S10	Pré	0	0	3	3	3	0	3	3	3	3	0	3	0	3	0	0	3	3	3	3	3	3
	Pós	0	0	3	3	3	0	3	3	3	3	0	0	3	2	0	3	3	0	3	3	3	3
S11	Pré	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3
	Pós	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3
S12	Pré	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
	Pós	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	3	3	3	2	3	3

Legenda: Números em negrito: pontuação indicando piora nas habilidades; ED: entrevista dirigida; LA: linguagem automática; CO: compreensão oral; DNO: discurso narrativo oral; CE: compreensão escrita; C: cópia; ESD: escrita sob ditado; R: repetição; LVA: leitura em voz alta; FVS: fluência verbal semântica; PNV: praxia não verbal; NO: nomeação oral; MOSOV: manipulação de objetos sob ordem verbal; FVF/O :fluência verbal fonológica/ortográfica; RPC: reconhecimento de partes do corpo; ND/E: noção de direita e esquerda; NE: nomeação escrita; COT: compreensão oral do texto; DN: ditado de números; DNE: discurso narrativo escrito; CET: compreensão escrita do texto; CN: cálculo numérico

Tabela 11 – Dados descritivos obtidos pela Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - MTL-Brasil (Parente, 2016), pré e pós intervenção fonoaudiológica intensiva, utilizando como parâmetro o escore geral

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25 °	Mediana	75 °
Pré intervenção	134,67	89,948	19	310	57,50	118,00	201,50
Pós intervenção	180,08	98,958	48	329	79,75	181,50	279,25
Variação	45,42	56,795	6	210	11,50	24,00	55,25

Teste de Wilcoxon; p=0,002*

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO PÓS- AVC

Tabela 12: Dados descritivos da pontuação obtida na escala SSQOL, pré e pós intervenção fonoaudiológica intensiva

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25 °	Mediana	75 °
Pré intervenção	185,42	42,743	101	268	157,25	188,50	203,75
Pós intervenção	218,33	36,679	150	288	188,50	223,50	230,50
Variação	32,92	20,943	4	75	20,00	23,50	49,50

Teste de Wilcoxon; p=0,002*

5.4 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPRESSÃO NO INDIVÍDUO COM AFASIA

Na tabela 13, observa-se a classificação do grau de depressão, a frequência e a porcentagem da ocorrência dos diferentes tipos de graus. A depressão foi classificada da seguinte forma: mínima depressão (1), intensidade leve de depressão (2), intensidade moderada de depressão (3), intensidade grave de

depressão (4). Destaca-se que, nas avaliações que ocorreram antes do período terapêutico, foram encontradas as classificações de grau de depressão 1, 3 e 4. Após o período de terapia intensiva, foram obtidas as classificações 1, 2 e 3.

Tabela 13 - Classificação do grau de depressão

	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré	6	50,0	0	0,0	1	8,3	5	41,7
Pós	7	58,3	1	8,3	4	33,3	0	0,0

Legenda: n: número de sujeitos; %: porcentagem de sujeitos

Tabela 14 – Dados descritivos da pontuação obtida pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck-II (GORENSTEIN et.al, 2014)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25 °	Mediana	75 °
Pré	23,25	13,281	10	42	11,00	18,00	37,75
intervenção							
Pós	13,83	7,542	4	26	6,75	13,00	22,00
intervenção							
Variação	-9,42	7,657	-25	0	-14,25	-8,50	-2,50

Teste de Wilcoxon: p=0,023*

5.5 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR

A sobrecarga foi classificada em graus, da seguinte forma: leve (1), moderada (2), grave (3). Destaca-se que nas avaliações que ocorreram antes do período terapêutico, foram encontrados os graus de sobrecarga 1 e 3. Após o período de terapia intensiva, foram obtidas as classificações 1, 2 e 3.

Tabela 15 – Classificação da sobrecarga do cuidador

	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
Pré	1	8,3	0	0,0	10	83,3
Pós	3	25,0	5	41,7	3	25,0

Legenda: n: número de sujeitos; %: porcentagem de sujeitos

Tabela 16 – Dados descritivos da pontuação obtida pela aplicação da escala Zarit Burden Interview

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25 °	Mediana	75 °
Pré intervenção	33,45	11,827	7	49	25,00	34,00	42,00
Pós intervenção	20,18	7,960	7	37	13,00	21,00	23,00
Variação	-13,27	10,364	-31	0	-22,00	-13,00	-2,00

Teste de Wilcoxon: p= 0,014*

5.6 CORRELAÇÃO DA LINGUAGEM COM GRAU DE DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES

Ao correlacionar as variáveis, destaca-se que, apenas a sobrecarga do cuidador não apresentou nenhum tipo de correlação estatisticamente significativa. As demais variáveis, apresentaram correlações significativas pré e/ou pós processo terapêutico.

Tabela 17. Correlação da linguagem com grau de depressão, qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores

Período	Correlação	r	p
Pré	MTL-Brasil x BDI-II	-0,64	-0,025*
	MTL-Brasil x SSQOL	0,69	0,014*
	MTL-Brasil x ZBI	-0,23	0,492
Pós	MTL-Brasil x BDI-II	0,25	0,426
	MTL-Brasil x SSQOL	0,58	0,048*
	MTL-Brasil x ZBI	-0,41	0,205

Legenda: *: Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$); MTL- Brasil: Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem - Brasil; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck – II; SSQOL: Stroke Specific Quality of Life Scale; ZBI: Zarit Burden Interview

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

A *American Stroke Association* (2019), considera o envelhecimento como um fator de risco para o AVC, no entanto, ressalta que tal acometimento pode ocorrer em qualquer fase da vida, principalmente a partir da idade adulta. Considerando as características citadas, verifica-se que presente estudo apresentou média de idade de 56 anos com desvio padrão considerado alto (19,52) para a variável, o que corrobora com o fato de que o AVC pode ocorrer em diversas idades, e de que é mais frequente conforme ocorre o aumento da faixa etária.

A ocorrência de um AVC em mulheres é maior do que em homens e presume-se que isto ocorra devido ao fato de que mulheres apresentam maior expectativa de vida, estando, portanto, mais sujeitas a este tipo de patologia (*AMERICAN STROKE ASSOCIATION*, 2019). Apesar dessa perspectiva, algumas pesquisas realizadas no Brasil, com a temática AVC, evidenciaram em suas amostras, a prevalência do sexo masculino (DIOGO, 2009 ;ESTRELA-DIAS, PAIS-RIBEIRO, 2014; CRUZ, GOULART et al, 2016). Neste trabalho, observa-se prevalência do sexo masculino, o que destoa do previsto pela *American Stroke Association*, mas que corrobora com grande parte dos estudos realizados em âmbito nacional.

Outra característica importante a ser observada, é a escolaridade dos sujeitos pós AVC, que no Brasil, em grande parte dos estudos, é majoritariamente baixa, de até, aproximadamente 4 anos, ou seja, nível fundamental completo (COSTA, SILVA, ROCHA, 2011; ESTRELA-DIAS, PAIS-RIBEIRO – 2014). Em divergência com essas informações, a amostra da pesquisa contou com o predomínio da escolaridade em nível médio completo e/ou superior incompleto. Presume-se que, isso pode ter ocorrido devido ao programa de terapia fonoaudiológica intensiva em afasia ser inédito no país, e desta forma, ter atraído pessoas de diferentes níveis de escolaridade. Outro aspecto a ser considerado, é o fato de o projeto de pesquisa pertencer a uma instituição de nível superior de ensino e, de que, possivelmente, pessoas de maior nível de escolaridade, apresentem mais interesse por este meio, facilitando o acesso aos serviços oferecidos.

No que tange os cuidadores/familiares dos sujeitos com afasia, verificou-se média de idade de 42,63, prevalência do sexo feminino e presença de escolaridade majoritariamente em nível superior completo. Outros estudos realizados na mesma região do país, evidenciaram o mesmo perfil de cuidadores para as temáticas idosos, indivíduos pós AVC e pessoas com Doença de Alzheimer. Os três estudos citados inferem a possibilidade de que no Brasil o ato de cuidar é, culturalmente, realizado na maior parte das vezes, por mulheres, adultas e pertencentes a diversos níveis de escolaridade (CARLETO et al, 2016; FAVORETTO et al, 2017; ARAKAWA et al, 2018).

Considerando o escore total obtido nas avaliações de linguagem pré e pós programa de fonoterapia intensiva para afasia, pode-se verificar diferença estatisticamente significativa, mostrando que este modelo de intervenção foi efetivo para melhorias nas habilidades de linguagem. Em acordo com os resultados, ressalta-se que outros estudos realizados internacionalmente, utilizando métodos intensivos de terapia fonoaudiológica para afasia, também indicaram a eficácia da metodologia terapêutica (LASKA et al., 2011; BRADY et al., 2016; BREITENSTEIN et al., 2017; SHKLOVSKIJ et al., 2018)

Ao considerar os aspectos idade e escolaridade, utilizados para a interpretação do escore Z, verifica-se que sete sujeitos apresentaram piora em uma ou mais habilidades na avaliação realizada após o período terapêutico. Outro estudo realizado no Brasil, utilizando a MTL-Brasil, também verificou a ocorrência de evolução negativa em algumas habilidades, após intervenção fonoaudiológica (SILVEIRA, ALTMANN, PAGLIARIN, 2018). Na presente pesquisa, tal fato pode ser justificado devido a análise do escore Z ser mais minuciosa, analisando cada função de forma individualizada e de acordo com as características pessoais do sujeito, podendo ser influenciada por momentos específicos de um possível cansaço, físico e/ou psicológico, após 100 horas consecutivas de intervenção. Além disso, concomitantemente à afasia é comum a presença de outros déficits cognitivos, como o de atenção (SILVA, 2009; PAGLIARI, 2013), que pode ter influenciado o processo avaliativo.

Avaliar a qualidade de vida de pessoas acometidas por AVC propicia aos pesquisadores novos direcionamentos na prática clínica, principalmente quanto aos

aspectos de reabilitação, contribuindo para os programas de desenvolvimento científico (RIBEIRO, 2008). Diante desta afirmativa, foi avaliada a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa e constatado que, após a fonoterapia intensiva, houve melhora estatisticamente significativa da mesma. Destaca-se que, a escala SSQOL, analisa 12 domínios, dentre eles, a linguagem, que além de ser foco principal deste estudo, influencia indiretamente os outros domínios, como energia, ânimo, relações sociais, relações familiares, modo de pensar e comportamento, contribuindo para melhora geral da qualidade de vida.

Karakus, et al. (2017), realizaram um estudo sobre depressão pós AVC e excluíram pacientes com afasia grave, devido a dificuldade de aplicação de protocolos, contudo destacaram ao final, que esta população não pode ser subestimada, uma vez que os sintomas depressivos podem estar presentes, já que a afasia está intrinsicamente relacionada a incapacidade funcional e contribui para o aumento da gravidade do AVC. Mohr, et al. (2017) relatam que pessoas com afasia frequentemente apresentam depressão e inferem melhora no grau de depressão após um programa de terapia fonoaudiológica intensiva destinada a comunicação funcional. Em convergência com os autores citados, o presente estudo mostra a presença de depressão em todos os sujeitos com afasia, no entanto, em diferentes graus, com diferença estatisticamente significativa ao comparar a avaliação pré e pós do grau de depressão e ao correlacionar a linguagem e o grau de depressão antes do período terapêutico. Ressalta-se que, mesmo com melhora estatisticamente significativa ao comparar as duas aplicações do BDI-II, não houve correlação estatisticamente significativa ao comparar o pós avaliação de linguagem e grau de depressão, e isso possivelmente ocorreu devido a depressão ser influenciada por alguns fatores que não são diretamente relacionados com a comunicação.

Alguns autores (SANTANA, et al. 2010; GIULIO, CHUN, 2014) relatam que a afasia pode estar intrinsicamente relacionada a sobrecarga, uma vez que a linguagem pertence a esfera psicossocial e vai além dos aspectos de autocuidado, como os motores, podendo restringir a comunicação no domicílio e fazer com que ambos, pessoa com afasia e cuidador, passem a evitar situações de comunicação, deixando de manifestar anseios e necessidades. Ao analisar os resultados, observa-se que foram encontrados os graus de sobrecarga 1 e 3 antes do programa de

terapia intensiva e após, os graus 1, 2 e 3. Ainda que, todos os cuidadores familiares apresentem melhora no score total do ZBI, com a somatória das pontuações de todos os indivíduos apresentando diferença estatisticamente significativa, ao comparar a aplicação pré e pós do instrumento, nota-se que algum grau de sobrecarga permanece, e isso pode estar relacionado ao fato de todos os participantes manterem dificuldades de comunicação, mesmo após o período terapêutico, e de possuírem outras alterações advindas do AVC, como por exemplo, as motoras. Além disto, contrapondo as primícias de que a linguagem pode influenciar o grau de sobrecarga, ressalta-se que, dentre as variáveis estudadas nesta pesquisa, a sobrecarga foi a única que não apresentou correlação estatisticamente significativa com a linguagem em nenhum período do processo terapêutico, e isso pode ser justificado pelo fato de que a linguagem contribui para a existência da sobrecarga, mas não é o único fator causador.

Diante dos aspectos abordados neste trabalho, ressalta-se que o método de terapia fonoaudiológica intensiva para o tratamento das afasias estão sendo utilizadas, por meio de diferentes modelos, internacionalmente, com resultados indicando maior eficácia do que os obtidos com a terapia fonoaudiológica convencional. No entanto, não há relatos na literatura deste tipo de abordagem no Brasil, sendo a Casa da Afasia a primeira sede deste modelo terapêutico no país. Considerando os benefícios obtidos pelos participantes da pesquisa, sugere-se o desenvolvimento de mais programas terapêuticos que ocorram de forma intensiva, tanto em âmbito privado quanto público, nas diferentes regiões do país, otimizando o processo de reabilitação dos sujeitos e influenciando positivamente nos aspectos psicossociais dos mesmos e na sobrecarga de seus cuidadores.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou concluir que:

- Ao comparar os períodos pré e pós terapia fonoaudiológica intensiva, houve melhora estatisticamente significativa na linguagem, qualidade de vida e grau de depressão do sujeito com afasia;
 - Ao comparar a sobrecarga do cuidador familiar do sujeito com afasia, pré e pós programa de intervenção fonoaudiológica, nota-se melhora estatisticamente significativa;
 - Ao correlacionar a linguagem com a qualidade de vida, o grau de depressão e grau de sobrecarga, verifica-se que a qualidade de vida demonstrou correlação estatisticamente significativa pré e pós intervenção fonoaudiológica, que o grau de depressão apresentou correlação estatisticamente significativa apenas na avaliação inicial e que a sobrecarga não apresentou correlação estatisticamente significativa em nenhum dos dois momentos.
-
-

Referências

REFERÊNCIAS

Albert ML. Treatment of aphasia. Arch Neurol. 1998; 55: 1417-1419

Alyahya, R. S. W., & Druks, J. (2016). Systematic evaluation of the evidence on aphasia group treatments. Aphasiology, 30(4), 463–482.

American Stroke Association. Risk factors for the stroke. 2019. [Acesso em 2018 dec 10]. Disponível em: <https://www.strokeassociation.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>

Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm. 2009;43(1):37-43.

Aragão SEM, Nunes ATDA. Caracterização do cuidador familiar de afásicos de uma instituição na cidade de Salvador (BA). Rev Baiana Saúde Pública, Salvador. 2009. 33 (4): 553-560.

Aragão SEM, Nunes ATDA. Caracterização do cuidador familiar de afásicos de uma instituição na cidade de Salvador (BA). Rev Baiana Saúde Pública. 2009; 33 (4): 553-560.

Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. Rev. CEFAC. 2014;16(3):853-62

Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. Rev. CEFAC. 2014;16(3):853-62.

ASA - American Stroke Association. About stroke- understanding risks. 2012. [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp.

American Speech-Language-Hearing. Committee on language. Rockville: The Association; 2012. [acesso em 2018 jun 13]. Disponível em: <http://www.asha.org/docs/html/RP1982-00125.html>

Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. The long-term outcomes of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85(5):514-21.

Barbosa AC, Medeiros LS, Duarte N, Meneses C. Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação *Acta Med Port* 2011; 24(2): 175-180

Basso A, Forbes M, Boller F. Rehabilitation of afasia. *Handbook of Clinical Neurology, Neurological Rehabilitation*. 2013; 110. 325-334.

Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *Stroke*. 2003;34:987-93.

Bispo NHM, Whitaker ME, Aferri HC, Neves JDA, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI. Speech therapy for compensatory articulations and velopharyngeal function: a case report. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(6):679-84.

Bispo NHM, Whitaker ME, Aferri HC, Neves JDA, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI. Speech therapy for compensatory articulations and velopharyngeal function: a case report. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(6):679-84.

Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir- a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Rev Latino-Am Enferm* 2004; 12(1):115-21.

Bonini MV. Relação entre a alteração de linguagem e déficits cognitivos não linguísticos em indivíduos afásicos após acidente vascular encefálico [dissertação]. São Paulo (SP). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and Language therapy for afasia following stroke. *Cochrane DatabaseSyst Ver*. 2016;6 (1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Breitenstein C, Grewe T, Flöel A, Ziegler W, Springer L, Martus P, Haeusler KG. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*. 2017; 389(10078):1528–1538.

Breitenstein C. et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*. 2017; 389 (1).

Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saúde Soc*. 2008;17(2):153-169.

Camargos ACR, Lacerda TTB, Viana SB, Pinto LRA, Fonseca MLS. Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças através da escala Burden Interview. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9(1):31-7.

Carleto NG. Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um website com informações sobre o acidente vascular cerebral e suas consequências para a comunicação [tese]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2016.

Carleto, NG. Qualidade de vida dos pacientes afásicos e de seus familiares [dissertação] Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo; 2011.

Casarin FS, Pagliarin KC, Koehler C, Oliveira CR, Fonseca RP. Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. *Rev. CEFAC*. 2001; 13 (5).

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN), *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16 (1).

Coudry MIH. *Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Couto EAB. Avaliação pelo fonoaudiólogo. In: Maciel A. organizador. *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 157-77.

Cruz KCT, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta paul. Enferm*. 2009. 22 (5): 666-672, .

De Renzi E, Vignolo LA. The Token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*. 1962;85:665-78.

Estrela-Dias M, Pais-Ribeiro J. Positive psychological group intervention: strengths and virtues in rehabilitation after stroke. *Psic., Saúde & Doenças*. 2014; 15 (1): 201-218.

Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KM, Lessa FJ, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004; 4(1): 95-101.

Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, LeiteVMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004;4(1):95-102.

Favoretto NC, Carleto NG, Arakawa AM, Alcalde MP, Batos JRM, Caldana ML. Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um website com informações sobre o processo de envelhecimento e as principais alterações fonoaudiológicas que acometem os idosos. *CoDAS*. 2017; 29(5): e20170066. .

Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009, 62(1): 57-63.

Fonseca RP, et al. Adaptação de instrumentos neuropsicológicos verbais: um fluxo de procedimentos para além da tradução. *Inter em Psico*. Curitiba. 2011. 15(1):59-69

Fridriksson J, et al. BDNF genotype and tDCS interaction in aphasia treatment, *Brain Stimulation*; 2018.

Gabaldón L, Fuentes B, Frank-García A, Díez-Tejedor E. Poststroke depression: importance of its detection and treatment. *Cerebrovasc. Dis*. 2007; 24 (1):181–188.

Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008;30(4):205-6.

Girardon-Perlini NMOG, et al. Lidando com perdas: percepção das pessoas incapacitadas por AVC. *Rev Min Enferm*. 2007; 11(2):149-154.

GIULIO, R.M; CHUN, R.Y.S Impacto da afasia na perspectiva do cuidador. *Distúrb Comun*. 2014; 26 (3).

Gomes RSS, Santiago LG, Mattos LL, Luz FL, Souza TF, Silva MA et al. Desafios no diagnóstico do acidente vascular cerebral na infância. *Anais do seminário científico da FACIG*. Belo Horizonte. 2017.

Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana L WS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(4):570-7.

Gorenstein C, Yuan-Pang W, Argimon IIL, Werlang BSG. BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II/ adaptação para o português. São Paulo: Casa do psicólogo, 2014.

Goulart BNG, Almeida CPB, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional *Audiol Commun Res.* 2016; 21:e1603.

Hackett ML, Anderson CS, House AO. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD003437.

Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke.* 2005; 36 (1): 2296-2301.

HersHKovitz A, Brill S. The association between patients'cognitive status and rehabilitation outcome in geriatric day hospital. *Disabil Rehabil.* 2007;29(4):333-7.

Jacubovicz R. *Teste de reabilitação das afasia - Rio de Janeiro.* 3ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

Jakubovicz R, Cupello R. *Introdução à afasia: Diagnóstico e Terapia.* 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005: 264

Karakus K, et al. The factors related to early-onset depression after first stroke. *Psychogeriatrics.* 2017. 17(6).

Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):861-6.

Kunst LR, Oliveira LD, Costa VP, Wiethan FN, Mota. Caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico. 2013;15(6).

Laska AC, Kahan T, Hellblom A, Murray V, Von Arbin M. A randomized controlled trial on very early speech and language therapy in acute stroke patients with aphasia. *Cerebrovascular diseases extra.* 2011;1(1):66-74.

Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta sci*, 2004; 26(1):41-5.

Leal APS. Avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em Portugal [dissertação]. Universidade de Aveiro; 2009.

Leal G. Avaliação funcional da pessoa com afasia: construção de uma escala. (Re)habilitar-Revista da ESSA; 2006 3: 7-24.

Leal G. Avaliação funcional da pessoa com afasia: construção de uma escala. (Re)habilitar-Revista da ESSA. 2006. 1(3): 7-24.

Lee J, Fowler R, Rodney D, Cherney L, Small SL. IMITATE: An intensive computer-based treatment for aphasia based on action observation and imitation. *Aphasiology*. 2010;24(4):449-65.

Lee J, Fowler R, Rodney D, Cherney L, Small SL. IMITATE: An intensive computer-based treatment for aphasia based on action observation and imitation. *Aphasiology*. 2010;24(4):449-65.

Leite CC, Amaro Jr E, Lucato LT. Neurorradiologia - diagnóstico por imagem das alterações encefálicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 182-214.

Maas MT, Lev MH, AY H, Singhal AB, Greer DM, Smith WS et al. The prognosis for aphasia in stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012;21(5):350-7.

Mansur LL, et al. Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2006. 18 (1): 13-20.

Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após o Acidente Vascular Cerebral: Alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006. 14 (3): 364-71.

Mendonça LIZ. Contribuições da neurologia no estudo da linguagem. In: Ortiz KZ. *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. Barueri: Manole; 2005. p. 1-33.

Michellini CRS, Caldana ML. Grupo de orientação fonoaudiológica aos familiares de lesionados cerebrais adultos. *Rev CEFAC*. 2005; 7 (2): 137-148.

Mohr B, Stahl B, Berthier ML, Pulvermüller F. Intensive Communicative Therapy Reduces Symptoms of Depression in Chronic Nonfluent Aphasia. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017; 31(12):1053-1062.

Mohr B, Stahl B, Berthier ML, Pulvermüller F. Intensive Communicative Therapy Reduces Symptoms of Depression in Chronic Nonfluent Aphasia. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2017; 1(10).

Moleta F; Guarinello AC, Berberian AP, Santana AP. O cuidador familiar no contexto das afasias. *Distúrb Comum*. 2011; 23(3): 343-352.

Murdoch BE. Estrutura neuroanatômica da fala e da linguagem. In: Murdoch B. E. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p. 1-51.

Murdoch BE. Síndromes de afasia de Boston e Luria. In: Murdoch B. E. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p. 53-83.

Oliveira BD, Anchieta GIO, Ferreira KC. Ressonância Magnética como auxiliar na prevenção e diagnóstico do Acidente Vascular Cerebral – AVC. *Saúde & Amb. Rev.*, Duque de Caxias. 2012; 7(2):16-22.

Ortiz K. Avaliação das afasias. In: Ortiz KZ. Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição. Barueri: Manole; 2005. p. 65-93.

Pagliarin KC, et al. Instrumentos para avaliação da linguagem pós-lesão cerebrovascular esquerda. *Rev. CEFAC*. 2012; 15 (2): 444-454.

Pagliarin KC, et al. Montreal-Toulouse Language Assessment Battery for afasia. *NeuroRehabilitation*. 2014; 34(3): 463-471.

Pamplona MC, Ysunza A, Perez G, Vergara S. Summer school speech therapy for children with cleft palate and language disorder. *Gac Méd Méx*. 2009;145:475

Pamplona MC, Ysunza A, Perez G, Vergara S. Summer school speech therapy for children with cleft palate and language disorder. *Gac Méd Méx*. 2009;145 (1):475-79

Panhoca I, Pupo ACS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *Rev Cefac*. 2010; 12(2): 299-307.

Panhoca I. Dando voz a quem cuida de afásicos – o papel do cuidador na clínica fonoaudiológica. In: Marcopes R, Santana AP. (orgs.). *Perspectivas na Clínica das Afasias: o sujeito e o discurso*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2009. p. 222- 39

Parente MAMP, Fonseca RP, Pagliarin KC, Barreto SS, Soares-Ishigaki ECS, Hübner LC et al. *MTL-Brasil – Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação de Linguagem*. Editora Vetor. 2016.

Rabadi MH, Rabadi FM, Edelstein L, Peterson M. Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(3):441-8.

Ramirez L, Kim-Tenser MA, Sanossian N, Cen S, Wen G, He S, et al. Trends in acute ischemic stroke hospitalizations in the United States. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(5).

Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):205-12.

Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Robinson-Smith G, Maboney C. Coping and marital equilibrium after stroke. *J Neurosc Nurs*. 1995; 27(2):83- 9.

Sá MJ. AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 2009; 6(1):12-19.

Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JA, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007; 11(21):39-50.

Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11(21): 39-50.

Santana AP, Serrato MRF, Moleta F, Riemke R. Grupo: uma proposta de intervenção junto a familiares de pacientes neurológicos. In: Marcolino J, Zaboroski AP, Oliveira JP. *Perspectivas atuais em fonoaudiologia: re etindo sobre ações na comunidade*. São José dos Campos: Pulso; 2010. p. 77-92

Santos AS. Questionário específico de avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cérebro vascular do tipo isquêmica: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2000.

Santos AS. Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa [tese]. São Paulo (SP). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Scafuzca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:12-7

Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fonoaudiologia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):139-144

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20:580-8.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004;20:580-8.

Shimoda K, Robinson RG. The relationship between post-stroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biological Psychiatry*. 1999; 45 (2):187-192.

Shklovskij VM et al. Regression of post-stroke aphasia and associated non-speech syndromes caused by a course of restorative treatment including intensive speech therapy. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2018;118(11):20-29.

Silkes JP. Masked Repetition Priming Treatment for Anomia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2018; 61(1): 690–712.

Silva CD. Um estudo de funções executivas em indivíduos afásicos [monografia]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2009.

Silveira AB, Altmann RF, Pagliarin KC. Reabilitação de um caso de afasia expressiva por meio do discurso conversacional. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*. 2018; 10(2).

Soares EC, Ortiz KZ. Influence of schooling on language abilities of adults without linguistic disorders. *São Paulo Med J*. 2009;127(3):134-9.

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.

Teixeira INDO. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(2): 2171-8.

Thomas SA, Lincoln NB. Factors relating to depression after stroke. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2006; 45 (1): 49-61.

Vega J. Broca's, Wernicke's, and Other Types of Aphasia (texto na internet). [acesso em 2018 mar 28]. Disponível em: <http://stroke.about.com/od/unwantedeffectsofstroke/a/Aphasia.htm>.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.

Weiner WJ, Goetz CG. *Neurologia para o não especialista: fundamentos básicos da neurologia contemporânea*. 4ed. São Paulo: Santos; 2003.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-10.

Whyte EM, Mulsant BH. Post-stroke depression: Epidemiology, pathophysiology and biological treatment. *Biological Psychiatry*. 2002; 52 (3), 253-264.

Williams LS, et al. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1991; 30(7):1362-1369.

World Health Organization (WHO). Global burden of stroke. 2014 [acesso 2018 mar 20]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1.

World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011. [acesso 2018 jul 16] Disponível em: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

World Health Organization (WHO). Neurological disorders: public health challenges. 2006. [acesso 2018 dec 18]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf.

World Health Organization (WHO). Rehabilitation. Genebra: The Association; 2012 [acesso em 2018 jun 13]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/index.html>.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Centro de terapia intensiva para indivíduos com afasia: inovações no processo de reabilitação da comunicação pós acidente vascular cerebral

Pesquisador: Magali de Lourdes Caldana

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53782416.2.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.223.395

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda solicitando a inclusão na Plataforma Brasil os pesquisadores envolvidos no projeto: Marina Rodrigues Bighetti Godoy (psicóloga), Natalia Gutierrez Carleto, Natalia Caroline Favoretto, Elen Caroline Franco, Cristina do Espírito Santo e Paula Grandini Cunha (equipe da terapia fonoaudiológica intensiva), ressaltando que a Profa Dra Magali de Lourdes Caldana é a coordenadora do projeto. E também a inclusão do tempo gasto na aplicação dos instrumentos. A informação segue destacada em amarelo no TCLE dos sujeitos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo implantar um centro de investigação científica, buscando avaliar, promover e reabilitar a saúde de adultos e/ou idosos com alterações de comunicação pós Acidente Vascular Cerebral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As atividades desta pesquisa foram planejadas de maneira que ofereça o menor risco possível aos participantes, entretanto, sabe-se do risco existente frente à necessidade de deslocamento para a cidade de Botucatu para a realização do exame de neuroimagem. Esta

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 2.223.395

necessidade e o risco existente na viagem, como um eventual acidente no trajeto, será informado ao participante. Quanto a realização deste exame, saiba que a ressonância é uma técnica radiológica que permite a visualização de imagens do interior do nosso corpo de maneira não invasiva e sem uso de radiação. Este

exame também não provoca dor, e o senhor deverá ficar deitado em uma superfície plana situada abaixo de um aparelho que cobrirá sua cabeça e seu pescoço, por aproximadamente 30-45 minutos. Quanto aos riscos, não há, até o momento, documentação de efeitos adversos significativos da ressonância magnética no corpo humano.

Benefícios: A equipe multiprofissional desempenha função muito importante nos diversos níveis da saúde, tanto

assistencial como educadora (LIMA ET AL, 2006). O monitoramento da presença dos fatores de risco deve servir para elucidar políticas públicas mais efetivas de prevenção que apoiam o acesso a hábitos de vida saudáveis (MALTA ET AL, 2009) com o objetivo de reduzir a ocorrência do AVC, pois muitos dos fatores de risco são modificáveis, sendo possível realizar prevenção, tratamento e controle. Assim, ações almejando ganhos em saúde devem ser planejadas e executadas buscando benefícios à saúde da população. Ressalta-se também que no Brasil, ainda há dificuldades referindo-se a importância do tratamento fonoaudiológico para a redução do tempo de recuperação. Os pacientes tratados apresentaram recuperação espontânea em quase metade do tempo quando comparado aos pacientes não tratados, sugerindo que o tratamento fonoaudiológico maximiza a recuperação, promovendo a reorganização das estruturas corticais. De acordo com os resultados obtidos em estudos, a terapia de linguagem melhora a capacidade do paciente de usar suas habilidades verbais com meios não verbais para alcançar uma situação adequada da comunicação social, e tem efeito benéfico quando iniciado precocemente e de com treino intenso (BAKHEIT, 2005; MUSSO, 1999; HOCHSTENBACH, 2003). Desta forma, com este estudo, pretende-se despertar um olhar integral ao indivíduo, atuando em todos os níveis de saúde, ou seja, incentivar o planejamento de ações de promoção de saúde e prevenção do AVC, buscando um impacto positivo na saúde da população, como também proporcionar a comparação em relação ao programa de terapia fonoaudiológica convencional, enfatizando a eficácia quanto a frequência e a duração das sessões de fonoterapia oferecidas hoje aos indivíduos afásicos, bem como os benefícios advindos do programa de terapia fonoaudiologia intensiva, reforçando a importância e necessidade do início precoce e intensivo da reabilitação fonoaudiológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No parecer 2.061.384 do dia 12 de Maio de 2017 foram solicitados:

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 2.223.395

1. Incluir na equipe de pesquisa a Psicóloga e que participará do Programa de Orientação Multidisciplinar assim como o grupo de terapia fonoaudiológica. Deixar claro que a coordenadora de fonoaudiologia é a Magali de Lourdes Caldana.

2.No TCLE Sujeito acrescentar a informação do tempo gasto para responder os questionários.

ATENDIDO PELO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) foi considerada APROVADA na reunião ordinária do CEP de 09.08.2017, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_885946 E1.pdf	30/05/2017 11:28:40		Aceito
Outros	Oficio_cep.doc	30/05/2017 11:26:33	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SUJEITO_MODIFICADO_CEP.doc	30/05/2017 11:25:27	Magali de Lourdes Caldana	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**

Continuação do Parecer: 2.223.395

Outros	novos_questionariosCEP.doc	12/04/2017 21:27:21	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_reformuladoCEP.doc	12/04/2017 21:26:40	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/05/2016 22:43:34	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Outros	Questionario_tecnico_pesquisador.pdf	28/01/2016 22:20:41	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.PDF	28/01/2016 22:17:17	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso.PDF	28/01/2016 22:14:59	Magali de Lourdes Caldana	Aceito
Outros	Protocolos_utilizados.pdf	28/01/2016 22:10:37	Magali de Lourdes Caldana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 16 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos sujeitos com afasia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o senhor (a) para participar da pesquisa **“Centro de terapia intensiva para indivíduos com afasia: inovações no processo de reabilitação da comunicação pós acidente vascular cerebral”**

O objetivo deste estudo é desenvolver um centro de terapia intensiva para avaliar, promover e reabilitar a saúde de adultos e/ou idosos com alterações de comunicação pós AVC (derrame). Dessa forma, você irá participar de um grupo de terapia intensiva que ocorrerá de segunda-feira à sexta-feira no período da manhã durante 5 semanas. Antes de iniciar os atendimentos, será avaliada sua compreensão por meio do “Token Test” (será pedido que você execute ordens, como por exemplo tocar um quadrado vermelho), sua comunicação por meio do teste de “Reabilitação das Afasias” (haverá provas em que você terá que ler, escrever, responder perguntas, contar uma história e lembrar características de uma história). Também serão aplicados um questionário de práticas e situações de leitura e escrita, com perguntas semiabertas relacionadas à idade, nível de escolarização, profissão, bem como o interesse e uso da leitura e escrita, as dificuldades e as facilidades em relação à leitura e a escrita, um questionário para o levantamento dos fatores de risco para o AVC (derrame) (questões sobre sua saúde), um questionário para verificar a presença de sintomas depressivos, o Inventário de Depressão de Beck, composto por 21 itens que investigam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão, e dois questionários investigando sua qualidade de vida, o SAQOL-39, contendo 39 perguntas, distribuídas por quatro domínios (físico, psicossocial, comunicação e energia), e o SSQOL, composto por 49 perguntas, divididas em 12 domínios (mobilidade, função dos membros superiores, trabalho/produtividade, visão, linguagem, cuidados pessoais, energia, ânimo, relações sociais, relações familiares, modo de pensar e comportamento). A aplicação de todos os instrumentos levará em torno de 60 minutos.

Além desses testes você irá realizar um exame de neuroimagem funcional antes e depois do período de terapia intensiva. Este exame será realizado por uma equipe médica na cidade de Botucatu, e os custos da sua condução até o local da realização deste exame será custeado por mim.

Como benefício, você passará por um programa de terapia fonoaudiológica intensiva, buscando potencializar as suas habilidades comunicativas, além de realizar um exame de

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

neuroimagem funcional (por meio dele conseguirei saber como o seu cérebro está funcionando) disponível para esta pesquisa.

As atividades desta pesquisa foram planejadas de maneira que ofereça o menor risco possível aos participantes, entretanto, sabe-se do risco existente frente à necessidade de deslocamento para a cidade de Botucatu para a realização do exame de neuroimagem (como um eventual acidente no trajeto). Quanto a realização deste exame, saiba que a ressonância é uma técnica radiológica que permite a visualização de imagens do interior do nosso corpo de maneira não invasiva e sem uso de radiação. Este exame também não provoca dor, e o senhor deverá ficar deitado em uma superfície plana situada abaixo de um aparelho que cobrirá sua cabeça e seu pescoço, por aproximadamente 30-45 minutos. Quanto aos riscos, não há, até o momento, documentação de efeitos adversos significativos da ressonância magnética no corpo humano. Entretanto, se você tem marca-passo, implante coclear ou medo de ficar em locais fechados (claustrofobia), você não pode participar deste estudo.

Sua participação no estudo é voluntária e as atividades foram planejadas para não expor os participantes a qualquer desconforto ou humilhação, desta forma, você irá responder aos testes individualmente. Sua participação trará o gasto do transporte diário de sua residência até a Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP durante o período de 5 semanas, esse gasto será de sua responsabilidade. Caso haja algum dano decorrente dessa pesquisa, lhe será garantido direito à indenização. Apesar dos cuidados, você poderá desistir de participar esta pesquisa a qualquer momento. Também lhe será garantido o direito a respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos de qualquer dúvida durante a aplicação dos questionários.

Você receberá uma via deste documento, assinado e rubricado por você e por mim. Todas as informações serão confidenciais, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto sem a sua identificação. Além disso, a qualquer momento você poderá pedir mais informações ou até mesmo negar-se a continuar participando da pesquisa sem qualquer penalidade.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários. Se restar dúvidas, você poderá entrar em contato comigo (Magali de Lourdes Caldana), pelo telefone (14) 3235-8257, pelo e-mail mcaldana@fob.usp.br ou pelo endereço: Departamento de Fonoaudiologia, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP, Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75. Para denúncias e/ou reclamações, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-FOB/USP, à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br.

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 13º do Código de Ética Fonoaudiológico).

Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa
Responsável

Nome/Assinatura do Pesquisador(a)

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa

Rubrica do Participante da Pesquisa:

em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **14hs às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREGUE AOS FAMILIARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho convidá-lo a participar da pesquisa: **“Centro de terapia intensiva para indivíduos com afasia: inovações no processo de reabilitação da comunicação pós acidente vascular cerebral”** desenvolvido pela pesquisadora Profa Dra Magali de Lourdes Caldana. O objetivo deste estudo é desenvolver um centro de terapia intensiva para avaliar, promover e reabilitar a saúde de adultos e/ou idosos com alterações de comunicação pós AVC (derrame). Dessa forma, pedimos a colaboração do familiar cuidador para responder a um questionário referente a sobrecarga do cuidador. Será utilizada a escala “Zarit Burden Interview”, um questionário com 16 questões para avaliar o quanto as atividades de cuidador têm impacto sobre sua vida social, bem estar físico, emocional e financeiro e será aplicada sob forma de entrevista. Este questionário tem 16 questões com cinco alternativas de resposta, e o participante deverá escolher a que mais se identifica com os sintomas que sentiu durante a última semana. A aplicação do questionário levará aproximadamente 20 minutos e não irá trazer nenhum desconforto ao participante.

Como benefício, espera-se conhecer melhor o impacto da afasia na qualidade de vida do familiar cuidador e oferecer suporte diante as principais dificuldades encontradas, visto que a sobrecarga do familiar do cuidador reflete diretamente no processo terapêutico do indivíduo com alteração de comunicação. Além disso, a pesquisadora se compromete a realizar orientação aos participantes, caso seja de interesse dos mesmos.

Sua participação no estudo é voluntária e as atividades foram planejadas para não expor os participantes a qualquer tipo de risco, desconforto ou humilhação, desta forma, você irá responder aos questionários individualmente e pode escolher em não responder alguma questão caso não se sinta confortável para falar sobre o assunto.

Sua participação trará o gasto do transporte de sua residência até a Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, esse gasto será de sua responsabilidade. Caso haja algum dano decorrente dessa pesquisa, lhe será garantido direito à

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

indenização. Apesar dos cuidados, você poderá desistir de participar esta pesquisa a qualquer momento e isso não prejudicará o atendimento do seu familiar na Clínica de Fonoaudiologia. Também lhe será garantido o direito a respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos de qualquer dúvida durante a aplicação dos questionários.

Agradecemos sua colaboração e me coloco à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos. Se houver dúvidas em relação à pesquisa queira por gentileza entrar em contato comigo: Magali de Lourdes Caldana, pelo endereço Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisola, Nº 9-75, telefone (14) 32358520, ou pelo e-mail: mcaldana@fob.usp.br. Para reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço: Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisola, Nº 9-75 - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), pelo telefone (14) 32358356 ou pelo e-mail: cep@fob.usp.br).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 13º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos no item IV.3 e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Profa Dra Magali de Lourdes Caldana
Pesquisador(a) Responsável

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **14hs às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa :

ANEXO D – Instrumento SSQOL adaptado para a língua portuguesa (SANTOS, 2000)

Iniciais do Paciente _____

Data _____

Gostaríamos de saber como você está lidando com atividades ou sentimentos que podem, às vezes, ter sido afetado pelo derrame. Cada pergunta questiona sobre uma atividade ou sentimento específico. Para cada pergunta pense como esteve aquela atividade ou sentimento na **semana passada**.

O primeiro grupo de perguntas refere-se ao grau de dificuldade que você apresenta com uma atividade específica. Cada pergunta discursa sobre problemas que algumas pessoas apresentam após o derrame. Assinale no quadrado o número que melhor descreve o grau de dificuldade que você teve com aquela atividade na **semana passada**.

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Impossível Fazer	Muita Dificuldade	Alguma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Nenhuma Dificuldade
CP1. Você tem dificuldade para prepara a comida?	1	2	3	4	5
CP2. Você teve dificuldade para comer, por exemplo, para cortar ou engolir?	1	2	3	4	5
CP4. Você tem dificuldade para se vestir, por exemplo, para vestir as meias, ou colocar os sapatos, para fechar botões ou o zíper?	1	2	3	4	5
CP5. Você tem dificuldade para tomar banho de banheira ou chuveiro?	1	2	3	4	5
CP8. Você tem dificuldade para usar a privada?	1	2	3	4	5
V1. Você tem dificuldade de assistir televisão da forma que lhe impedisse apreciar um programa?	1	2	3	4	5
V2. Você teve dificuldades para alcançar objetos devido a problemas de visão?	1	2	3	4	5
V3. Você teve dificuldade para enxergar coisas em um dos lados da visão?	1	2	3	4	5
L2. Você teve dificuldade para falar, por exemplo, travar, gaguejar, enrolar ou pronunciar as	1	2	3	4	5

palavras?					
L3. Você tem dificuldade para falar e ser compreendido ao telefone?	1	2	3	4	5

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Impossível Fazer	Muita Dificuldade	Alguma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Nenhuma Dificuldade
L5. Outras pessoas tiveram dificuldade para entender o que você disse?	1	2	3	4	5
L6. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	1	2	3	4	5
L7. Você precisou repetir para que os outros lhe compreendessem?	1	2	3	4	5
M1. Você teve dificuldade para andar? (Se você não pode andar circule 1 e vá para a pergunta M7)	1	2	3	4	5
M4. Você perdeu o equilíbrio ao se curvar ou tentar pegar alguma coisa?	1	2	3	4	5
M6. Você teve dificuldade para subir escadas?	1	2	3	4	5
M7. Você teve dificuldade para andar ou usar cadeira de rodas, necessitando parar e repousar?	1	2	3	4	5
M8. Você teve dificuldade para ficar de pé?	1	2	3	4	5
M9. Você teve dificuldade para se levantar da cadeira?	1	2	3	4	5
T1. Você teve dificuldade para realizar as tarefas domésticas diárias?	1	2	3	4	5
T2. Você teve dificuldade para terminar tarefas que iniciou?	1	2	3	4	5
T3. Você teve dificuldade para realizar tarefas que costumava fazer?	1	2	3	4	5
FM1. Você teve dificuldade para escrever ou	1	2	3	4	5

datilografar?					
FM2. Você teve dificuldade para vestir as meias?	1	2	3	4	5
FM3. Você teve dificuldade para fechar os botões?	1	2	3	4	5
FM5. Você teve dificuldade para fechar o zíper?	1	2	3	4	5
FM6. Você teve dificuldade para abrir uma vasilha?	1	2	3	4	5

O próximo grupo de questões pergunta o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Cada questão se refere a um problema ou um sentimento que algumas pessoas apresentam após o derrame. Circule o número no quadrado que melhor expresse como você se sentiu a respeito de cada uma das afirmações na **semana passada**.

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Concordo Muito	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Muito
C2. Eu estava impaciente com os outros.	1	2	3	4	5
C3. Meu comportamento mudou.	1	2	3	4	5
A2. Eu estava desanimado com meu futuro.	1	2	3	4	5
A3. Eu não estava interessado em outras pessoas ou atividades.	1	2	3	4	5
RF5. Eu não participei de atividade de lazer com a minha família.	1	2	3	4	5
RF7. Eu me senti um peso para minha família.	1	2	3	4	5
RF8. Minha condição física interferiu na minha condição familiar.	1	2	3	4	5
RS1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS4. Eu pratiquei meus passatempos e outras atividades de lazer por tempo menos que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS5. Eu não vi tantos amigos quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS6. Eu pratiquei sexo menos frequente que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS7. Minha condição física interferiu na minha vida pessoal.	1	2	3	4	5
A6. Eu me senti afastado das outras pessoas.	1	2	3	4	5

A7. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1	2	3	4	5
A8. Eu não estava interessado em comida.	1	2	3	4	5
E2. Eu me senti cansado na maior parte do tempo.	1	2	3	4	5
E3. Eu tive que parar e descansar frequentemente durante o dia.	1	2	3	4	5
E4. Eu estive muito cansado para fazer o que eu gostaria.					

Agora gostaríamos de perguntar como você se sente hoje em algumas áreas gerais comparando-a como se sentia **antes do seu derrame**. Marque um X no quadrado para mostrar se cada área está muito pior, um pouco pior ou igual ao que era **antes** do seu derrame. Por favor, lembre-se de comparar como você está **hoje** em relação a como você estava **antes do seu derrame ter acontecido**.

	Muito pior do que antes do meu derrame	Pior do que antes do meu derrame	Um pouco pior do que antes do meu derrame	O mesmo do que antes do meu derrame
1E. Meu nível de energia está	1	2	3	4
2L. Minha fala está	1	2	3	4
3M. Meu andar está	1	2	3	4
4V. Minha visão está	1	2	3	4
5FM. O uso de meus braços ou mãos está	1	2	3	4
6MP. O meu modo de pensar está	1	2	3	4
7A. O meu ânimo está	1	2	3	4
8C. Meu comportamento está	1	2	3	4
9T. Eu realizo as minhas tarefas em casa ou no trabalho	1	2	3	4
10CP. Eu posso cuidar de mim mesmo	1	2	3	4
11RF. Eu faço coisas para a minha família	1	2	3	4
12RS. Eu faço coisas para meus amigos	1	2	3	4
13. No geral, minha qualidade de vida está	1	2	3	4

ANEXO E - Escala Zarit Burden Interview (ZBI)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
 2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
 3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
 4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
 5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
 6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
 7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
 8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
 9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?
 10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
 11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
 12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
 13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
 14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
 15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
 16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
 17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
-

- 18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
 - 19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
 - 20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
 - 21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
 - 22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?
-

*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.