

Maria Tereza Maynard Santana¹
Regina Yu Shon Chun²

Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Descritores

Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
Acidente Vascular Cerebral
Fonoaudiologia
Linguagem
Fala

Keywords

International Classification of Functioning Disability and Health
Cerebrovascular accident
Speech, Language and Hearing Science
Language
Speech

Endereço para correspondência:

Maria Tereza Maynard Santana
Avenida Paulo Silva, 84, Bairro Farolândia, Aracaju (SE), Brasil,
CEP: 49032500.
E-mail: mariaterezamaynard@gmail.com

Recebido em: Novembro 26, 2015

Aceito em: Agosto 04, 2016

RESUMO

Objetivo: O Acidente Vascular Encefálico é um importante problema de Saúde Pública, com alto índice de mortes e sequelas, tais como alterações de linguagem. As mudanças conceituais da saúde, ao longo do tempo, levaram à incorporação de aspectos funcionais e sociais como propõe a Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. O objetivo foi avaliar e classificar aspectos de linguagem, funcionalidade e participação de pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico com base conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes. **Método:** A coleta de dados ocorreu pela aplicação de instrumento clínico para avaliação de linguagem, participação e funcionalidade em cinquenta indivíduos, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Resultados:** A idade variou de 32 a 88 anos, sendo a maioria do gênero masculino. Em relação a *funções do corpo*, os participantes referiram maior dificuldade em funções da memória; nos aspectos de atividade e participação, verificou-se maior dificuldade em recreação e lazer; e nos *fatores ambientais*, os profissionais de saúde foram indicados como facilitadores para a maioria dos participantes. **Conclusão:** Os resultados mostram o impacto das dificuldades de linguagem na vida das pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico e reafirmam a aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como importante instrumento complementar à avaliação de linguagem, funcionalidade e participação numa abordagem integral e humanizada, em prol do aprimoramento da assistência à saúde no atendimento ambulatorial desse grupo.

ABSTRACT

Purpose: Cerebrovascular accident is an important Public Health problem because of the high rates of mortality and sequelae such as language disorders. The conceptual health changes have led to the incorporation of functional and social aspects in the assessments as proposed by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. The purpose was to evaluate and classify language aspects, functionality and participation of post-stroke individuals based on the concepts of the International Classification of Functioning, Disability and Health and characterize the sociodemographic profile of participants. **Methods:** Data collection was carried out through the application of a clinical instrument to evaluate language, participation and functionality in fifty individuals based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Results:** The age of the participants varied between 32 and 88 years, and the majority were elderly men. Among body functions, the participants reported more difficulties in “memory functions”. As for activity and participation, more difficulties were reported in “recreation and leisure”. As for environmental factors, the component “healthcare professionals” was indicated as a facilitator by the majority of participants. **Conclusion:** The results show the impact of language difficulties in the lives of post-stroke adults and reinforce the applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health as an important complementary tool for assessing language, functionality and participation in a comprehensive and humane approach, towards the improvement of health assistance in ambulatory care.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - Campinas (SP), Brasil.

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

² Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - Campinas (SP), Brasil.

Fonte financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho se volta a questões de linguagem, participação e funcionalidade no atendimento ambulatorial de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O AVE é considerado a maior causa das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)⁽¹⁾ além de ser um grande problema de saúde pública com crescente impacto socioeconômico⁽²⁻⁵⁾. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVE é a primeira causa de morte no Brasil⁽⁴⁻⁶⁾, a segunda no mundo⁽⁷⁾ e em países desenvolvidos, atrás apenas das doenças cardíacas isquêmicas no *ranking* da OMS⁽¹⁾, sendo também a maior causa de incapacidade^(3,6-12). O AVE pode ocorrer em qualquer faixa etária por diversas causas e verifica-se uma relação positiva entre o número de fatores de risco presentes e o grau de ocorrência, por isso estes devem ser controlados^(1,3,4,13).

As consequências do AVE são variadas^(1,9,12,14), dependendo de vários fatores como a localização e a extensão da lesão e as condições de vida e saúde do paciente. Dentre as sequelas, está a afasia^(8,11,15), que pode desencadear problemas psíquicos e sociais^(15,16). Dessa forma, se os fatores sociais forem ignorados, há um grande risco de se negligenciar e limitar o impacto da afasia na vida dos indivíduos. Por não conseguir se comunicar de forma satisfatória, os pacientes poderão se distanciar das atividades sociais, familiares e profissionais, resultando em uma participação social limitada^(12,16,17). Portanto, a afasia não só interfere nas condições físicas do indivíduo, como também nas variadas instâncias contextuais em que vive^(15,16).

Assume-se aqui a perspectiva da Clínica Ampliada, em que se compreende que as práticas de saúde são focadas não só na doença, como também no indivíduo, seus contextos e suas complexidades, numa perspectiva de atenção humanizada⁽¹⁸⁾. O cuidado nessa abordagem visa práticas que compreenda os indivíduos em sua totalidade⁽¹⁹⁾, incluindo a horizontalidade, a escuta e a valorização do outro, priorizando as diferentes situações de vida num contexto⁽¹⁹⁾. A clínica se ressignifica e estabelece um novo sentido quando incorpora nas suas práticas as necessidades sociais do indivíduo. Portanto, o cuidado pautado em uma clínica ampliada muda o objeto de atuação dos profissionais, como no caso da Fonoaudiologia.

A avaliação fonoaudiológica em uma abordagem humanizada prioriza a aliança entre o saber técnico e as relações humanas, portanto, indo ao encontro da identidade, das características do cotidiano, conhecimento mútuo, experiência pessoal e contextos, o que confere maior crédito às queixas trazidas pelo paciente⁽²⁰⁾. Deste modo, busca-se, neste trabalho, esta visão no atendimento ambulatorial em Fonoaudiologia de pessoas que sofreram AVE.

Nesse contexto, utilizar a base conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, como ferramenta, possibilita incorporar diversos aspectos da saúde humana em uma perspectiva de atenção integral, relacionando diferentes determinantes de saúde do indivíduo, considerando as características singulares das pessoas e procurando englobar questões de atividade, participação e fatores contextuais na saúde de pessoas com incapacidades^(12,13,21). Contudo, por ser extensa e abrangente, o que é importante para aumentar seu poder descritivo, constitui um grande desafio o uso prático.

Deste modo, neste trabalho, utilizou-se um protocolo⁽²²⁾ elaborado com base na CIF, com domínios de linguagem relacionados ao AVE e com o objetivo de avaliar e classificar a linguagem, participação e funcionalidade de pessoas que sofreram o AVE, uma vez que a CIF mostra os itens a serem classificados, mas não detalha como fazê-lo⁽²²⁾.

Portanto, os objetivos do trabalho são avaliar e classificar aspectos de linguagem, funcionalidade e participação de pessoas pós-AVE utilizando a CIF como base conceitual e caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes a partir desse instrumento, nessa população, a fim de compreender fatores e determinantes que afetam a vida das pessoas pós-AVE.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa do tipo transversal, descritiva e não experimental aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob n. 442.958/2013. A amostra se constitui de cinquenta indivíduos em atendimento em Ambulatório Neurovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas no Estado de São Paulo, maiores de 18 anos, com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) ou Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh), tempo de íctos acima de três meses, de ambos os gêneros. Foram excluídos aqueles que apresentaram outros diagnósticos neurológicos, que comprometessem a compreensão do instrumento clínico aplicado para a coleta de dados. Os participantes foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e todos firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como procedimentos de coleta de dados, foram levantadas informações dos prontuários para verificação do diagnóstico de AVE e da caracterização dos indivíduos quanto: à idade, gênero, anos de escolaridade e profissão. O instrumento apresenta duas partes, em que foram incluídos doze componentes e trinta domínios da CIF⁽²²⁾. Como forma de classificação de dados, foram consideradas diversas fontes de informação, como previsto na CIF⁽²¹⁾, abrangendo as pessoas que sofreram o AVE, seus cuidadores/acompanhantes como também os próprios pesquisadores, utilizando-se os qualificadores da CIF quanto à gravidade do problema.

Os códigos da CIF necessitam do uso de um ou mais qualificadores que indicam a magnitude do nível de saúde ou gravidade do problema. Os qualificadores são codificados com a utilização de números após um ponto, a utilização dos códigos deve vir acompanhada de, no mínimo, um qualificador⁽²¹⁾. As respostas pela CIF são adquiridas a partir de qualificadores, como descritos no Quadro 1.

A aplicação do instrumento foi realizada por duas pesquisadoras individualmente, para que se pudesse realizar a análise de

Quadro 1. Qualificadores da CIF quanto à gravidade do problema⁽²¹⁾

xxx.0 NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
xxx.1 Problema LEVE (leve, baixo,...)	5-24%
xxx.2 Problema MODERADO (médio, regular,...)	25-49%
xxx.3 Problema GRAVE (alto, extremo,...)	50-95%
xxx.4 Problema COMPLETO (total,...)	96-100%
xxx.8 não especificado	
xxx.9 não aplicável	

concordância intraexaminadores para confiabilidade das respostas obtidas. Foram considerados como deficiências e problemas aqueles itens que a intercorrência aconteceu após o AVE, os comprometimentos anteriores ao AVE foram classificados como “não se aplica”.

Os dados foram submetidos à análise estatística das medidas resumo (frequências) dos dados. Para análise dos escores dos componentes da CIF, foi utilizado o teste Quiquadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, $p < 0,005$. Os qualificadores 8 e 9 foram desconsiderados na análise estatística descritiva, por não descreverem o problema, tendo sido compreendidos como *missing*.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou entre 32 e 88 anos, sendo 57,8% com idade igual ou superior a 60 anos. A maioria dos entrevistados informou ter quatro anos de escolaridade formal (42%), e 50% dos participantes está aposentada. Pode-se observar na Tabela 1 outras informações sobre a caracterização dos participantes como a recorrência do AVE e lado do corpo afetado após a lesão.

Observa-se que a maior parte da amostra apresentou o lado direito do corpo afetado, ou seja, prevalência de pessoas com lesão no hemisfério esquerdo com alterações de linguagem e

consequentemente implicações na funcionalidade e participação social.

Na análise da concordância intraexaminadoras em relação às respostas dos componentes da CIF, observou-se que em 25 (vinte e cinco) houve concordância excelente e em 5 (cinco) uma concordância boa. Os componentes de Funções do Corpo podem ser descritos na Tabela 2.

O item em que os participantes referiram maior dificuldade (60%) foi funções de memória (b144), relatando ser frequente esquecer-se, por exemplo, de tomar remédios, onde guardam suas coisas ou do nome dos familiares. Uma porcentagem de 46,9% dos participantes também referiu dificuldades em funções mentais da linguagem (b167), sendo que, neste estudo, os achados indicam que a maioria classificou o item como leve, por exemplo, problemas em compreensão de conversações mais longas, porém sem prejuízo na manutenção do diálogo. Em funções de orientação (b114), 34% dos entrevistados apontaram dificuldades em indicar o horário em que saiu de casa, quem os acompanhou ao ambulatório, o local e dia da entrevista da pesquisa. Em proporção menor, nas funções de articulação (b320), 32,7% dos entrevistados fez referência a dificuldades de amplitude e precisão articulatória, o que pode prejudicar a inteligibilidade da fala. Nas funções de fluência e ritmo de fala (b330), 27,7% dos participantes indicaram dificuldades na fluência de fala em diálogos e conversas mais longas. Parte dos participantes (27,6%) pontuou dificuldades

Tabela 1. Caracterização dos participantes

		NÚMERO (N)	FREQUÊNCIA (%)
Gênero	Feminino	22	44%
	Masculino	28	56%
	Total	50	100%
Incidência do Ave	Primeiro AVE	32	64%
	AVE recorrente	18	36%
	Total	50	100%
Lado do corpo Afetado	Ambos	4	8%
	Direito	24	48%
	Esquerdo	21	42%
	Nenhum	1	2%
	Total	50	100%

Tabela 2. Distribuição da classificação dos participantes quanto aos componentes da CIF relativos a funções do corpo

ITEM DA CIF	Indivíduos afetados N(%)	QUALIFICADORES					
		0	1	2	3	4	m
b114- Funções de orientação	17(34)	32(64)	8(16)	5(10)	2(4)	2(4)	1(2)
b144- Funções de memória	30(60)	20(40)	9(18)	10(20)	8(16)	3(6)	0(0)
b176- Funções mentais de sequencialização de movimentos complexos	9(18,3)	40(81,6)	5(10,2)	1(2)	1(2)	2(4,1)	1(2)
b320 - Funções da articulação	16 (32,7)	33(67,3)	12(24,5)	2(4,1)	0(0)	2(4,1)	1(2)
b310 - Funções da voz- b310	11(22,9)	37(77,1)	7(14,6)	0(0)	4(8,3)	0(0)	2(4)
b330 -Funções da fluência e ritmo de fala	13(27,7)	34(72,3)	5(10,6)	4(8,6)	3(6,4)	1(2,1)	3(6)
b167- Funções mentais da linguagem	23(46,9)	26(53,1)	12(24,5)	7(14,3)	3(6,1)	1(2)	1(2)
b230- Funções auditivas	13 (27,6)	34(72,3)	8(17)	5(10,6)	0(0)	0(0)	3(6)

Legenda: 0 = Nenhuma deficiência; 1 = Deficiência leve; 2 = Deficiência moderada; 3 = Deficiência grave; 4 = Deficiência completa; m = missing

em funções auditivas (b230), por exemplo, em ouvir sons de intensidade fraca nas situações de fala e quando assistem TV. As pessoas que indicaram problemas auditivos anteriores ao AVE foram classificadas como “não se aplica”. Em funções de voz (b310), 22,9% dos indivíduos referiram diversas queixas em relação à produção vocal após o AVE, tais como voz monótona, pastosa e esforço ao falar. Uma porcentagem de 18,3% dos participantes relatou dificuldades nas funções mentais de sequencialização de movimentos complexos (b176), como na produção da fala. As respostas dos componentes de Atividade e Participação estão descritas na Tabela 3.

Os itens com grandes implicações para os participantes foram: recreação e lazer (d920) (61,1%), por exemplo, participar de atividades de lazer, tais como passeios em parques, *shoppings* e viagens; escrever mensagem (d345) (55,6%), principalmente em escrever textos, cartas, bilhetes e alguns o próprio nome; concentrar a atenção (d160) (52%), como em manter-se atento aos diálogos ou não conseguir terminar as atividades; em andar (d450) (53,1%), precisando de auxílio e de um tempo maior; e no item vida comunitária (d910) (51,7%), por exemplo, para participar de atividades religiosas ou como voluntário em sua comunidade. Uma parcela significativa dos participantes (49%) pontuou dificuldades em transações econômicas básicas (d860), o que evidencia prejuízo na autonomia para a realização de atividades tais como fazer compras sozinho e conferir troco. No item de fala (d330), 46% dos indivíduos indicaram dificuldades em transmitir mensagens complexas e longas; em recepção de mensagens orais (d310), 44% dos participantes relataram prejuízos em compreender mensagens recebidas por meio da fala. No item utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360), 41,7% relataram dificuldades em usar telefone e computador; 39,1%, em recepção de mensagens escritas (d325), como ler textos, recados, bilhetes, receitas, placa do ônibus e nomes. No item conversação (d350), 38% dos participantes referiram dificuldades, por exemplo, em

conversar com pessoas com quem não convivem diariamente e em participar de uma roda de conversa.

Em relação às dificuldades específicas de linguagem, foi feito comparativo entre participantes com problemas de linguagem (46,9% prejudicados em funções mentais de linguagem) e participantes sem problemas de linguagem (53,1% não prejudicados em funções mentais de linguagem), como mostra a Tabela 4.

Observou-se que os participantes que relataram dificuldades no item de funções mentais de linguagem (b167) apresentaram maiores e mais severos comprometimentos nos domínios de atividade e participação em comparação àqueles que referiram não ter nenhuma deficiência nesse item. Os resultados mostram grande impacto na realização de atividade e participação em pessoas com alterações de linguagem, comparadas às sem alterações de linguagem, tais como: concentrar atenção (d160), recepção de mensagens orais (d310), recepção de mensagens não verbais (d315), fala (d330), conversação (d350), recepção de mensagens escritas (d325), escrever mensagens (d345), utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360), andar (d450), relações sociais informais (d750), relações familiares (d760) e transações econômicas básicas (d860). Dessa maneira, os resultados, encontrados na Tabela 4, evidenciam que as alterações de linguagem desencadeiam outras implicações para a vida das pessoas pós-AVE em aspectos psíquicos, sociais e atitudinais. Em relação aos componentes de fatores ambientais, estes devem ser classificados como facilitadores ou barreiras para os participantes conforme seus relatos.

Um dos principais facilitadores na percepção dos participantes se refere ao item profissionais de saúde (e355) (83,6%), abrangendo as respostas classificadas nos diferentes graus, ou seja, para o grupo estudado são os que ajudam bastante no processo de saúde e reabilitação das pessoas pós-AVE. Apenas 14,2% consideraram este item como barreira por falta, dificuldade de acesso ou demora do atendimento de saúde, além de queixas quanto ao descuido de profissionais em alguns casos. Em relação ao item

Tabela 3. Distribuição da classificação dos participantes quanto aos componentes da CIF relativos à atividade e participação

ITEM DA CIF	Indivíduos afetados N (%)	QUALIFICADORES					
		0	1	2	3	4	m
d160- Concentrar a atenção	26(52)	24(48)	5(10)	8(16)	13(26)	0(0)	0(0)
d310- Recepção de mensagens orais	22(44)	28(56)	10(20)	6(12)	6(12)	0(0)	0(0)
d315- Recepção de mensagens não verbais	12(34)	38(76)	6(12)	1(2)	2(4)	3(6)	0(0)
d330 - Fala	23(46)	27(54)	10(20)	8(16)	3(6)	2(4)	0(0)
d350 - Conversação	19(38)	31(62)	11(22)	2(4)	3(6)	3(6)	0(0)
d325- Recepção de mensagens escritas	18(39,1)	28(60,9)	7(15,2)	3(6,5)	2(4,3)	6(13)	4(8)
d345- Escrever mensagens	25(55,6)	20(44,4)	7(15,6)	6(13,3)	4(8,9)	8(17,8)	5(10)
d115 - Ouvir	6(13)	40(87)	5(10,9)	0(0)	1(2,2)	0(0)	4(8)
d360-Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	20(41,7)	28(58,3)	6(12,5)	1(2,1)	4(8,3)	9(18,8)	2(4)
d450 - Andar	26(53,1)	23(46,9)	10(20,4)	7(14,3)	5(10,2)	4(8,2)	1(2)
d750- Relações sociais informais	14(20)	36(72)	3(6)	5(10)	2(4)	4(8)	0(0)
d760- Relações familiares	9(18,4)	40(81,6)	2(4,1)	3(6,1)	2(4,1)	2(4,1)	1(2)
d860- Transações econômicas básicas	23(49)	24(51)	2(4,3)	1(2,1)	3(6,4)	17(36,2)	3(6)
d910- Vida comunitária	15(51,7)	14(48,3)	2(6,9)	2(6,9)	3(10,3)	8(27,6)	21(42)
d920-Recreação e lazer	22(61,1)	14(38,9)	4(11,1)	0(0)	6(16)	12(33)	14(28)

Legenda: 0 = Nenhuma deficiência; 1 = Deficiência leve; 2 = Deficiência moderada; 3 = Deficiência grave; 4 = Deficiência completa; m = missing

Tabela 4. Distribuição da classificação dos participantes quanto à alteração de linguagem e domínios de atividade e participação afetados

Item da CIF	Sem alteração de Linguagem N(%)				Com Alteração de Linguagem N(%)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
d160- Concentrar a atenção	1(12,5)	2(25)	5(62,5)	0(0)	4(22,2)	6(33,3)	8(44,4)	0(0)
d310- Recepção de mensagens orais	5(83,3)	1(16,6)	0(0)	0(0)	5(31,2)	5(31,2)	6(37,5)	0(0)
d315-Recepção de mensagens não verbais	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	5(45,4)	1(9)	2(18,1)	3(27,2)
d330-Fala	5(100)	0(0)	0(0)	0(0)	5(27,7)	8(44,4)	3(16,6)	2(11,1)
d350-Conversaão	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)	9(52,9)	2(11,7)	3(17,6)	3(17,6)
d325-Recepção de mensagens escritas	3(100)	0(0)	0(0)	0(0)	4(26,6)	3(20)	2(13,3)	6(40)
d345- Escrever mensagens	3(42,8)	2(28,5)	1(14,2)	1(14,2)	4(22,2)	4(22,2)	3(16,6)	7(38,8)
d115-Ouvir	3(100)	0(0)	0(0)	0(0)	2(66,6)	0(0)	1(33,3)	0(0)
d360-Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	4(66,6)	1(16,6)	0(0)	1(16,6)	2(14,3)	0(0)	4(28,6)	8(57,1)
d450-Andar	2(25)	5(62,5)	0(0)	1(12,5)	7(41,2)	2(11,8)	5(29,4)	3(17,6)
d750- Relações sociais informais	1(50)	1(50)	0(0)	0(0)	2(16,7)	4(33,3)	2(16,7)	4(33,3)
d760- Relações familiares	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	1(12,5)	3(37,5)	2(25)	2(25)
d860-Transações econômicas básicas	2(28,6)	0(0)	2(28,6)	3(42,8)	0(0)	1(6,25)	1(6,25)	14(87,5)
d910 – Vida Comunitária	1(20)	1(20)	1(20)	2(40)	1(11,1)	0(0)	2(22,2)	6(66,7)
d920- Recreação e Lazer	2(22,2)	0(0)	1(11,1)	6(66,7)	2(15,4)	0(0)	5(38,5)	6(46,1)

Legenda: 0 = Nenhuma deficiência; 1 = Deficiência leve; 2 = Deficiência moderada; 3 = Deficiência grave; 4 = Deficiência completa

família imediata (e310), 79,1% dos participantes indicaram que os familiares próximos ajudam no que precisarem, assim como em família ampliada (e315), observa-se uma porcentagem similar (70,8%) de referência aos familiares que não moram com eles, mas que ajudam em suas demandas de saúde. Quanto ao item de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e325), para 76,6%, trata-se de um fator neutro, ou seja, tais pessoas não ajudam, tampouco atrapalham, assim como, para 59,1%, os amigos (e320) também constituem um fator neutro. Alguns itens foram desconsiderados pelo alto *missing*, ou seja, mais de 80% dos entrevistados informaram que aquele item não se aplicava em sua vida cotidiana ou não souberam informar a resposta. Os itens com *missing* acima de 80% foram: produtos e tecnologia para comunicação, já que 86% dos entrevistados não sabiam utilizar telefone e nem computador, e cuidadores, pois 88% não tinham esse profissional.

DISCUSSÃO

Os resultados remetem à reflexão acerca da implicação dos comprometimentos da linguagem na funcionalidade e participação de pessoas que sofreram AVE.

Em relação à faixa etária, foi observado nos resultados que a maioria dos participantes são idosos. A idade é um importante fator para a incidência do AVE, já que o risco aumenta duas vezes a cada dez anos depois dos 55 anos de idade⁽⁴⁾. Como observado na Tabela 1, há discreta predominância do gênero masculino nas pessoas pós-AVE (56%) que participaram da pesquisa, resultados similares a outros estudos⁽²³⁻²⁵⁾, isso porque há maior incidência e risco de AVE em homens⁽⁴⁾. Além disso, a maioria dos participantes são idosos do gênero masculino⁽²⁵⁾. Tais achados reafirmam que as pessoas idosas estão no grupo de maior risco para o AVE⁽²⁵⁾. Em relação à ocorrência de AVE (Tabela 1), grande parte dos entrevistados sofreu um evento e

os achados evidenciam que o acompanhamento de saúde tem favorecido maior controle dos fatores de risco⁽³⁾. Diversos autores discutem a importância de serem tomadas medidas para prevenir a ocorrência de novos eventos lesionais^(1,3,4,10,14), tais como controle da hipertensão, fibrilação auricular, diabetes, prevenção da formação de coágulos, alterações no estilo de vida (dieta, prática de exercícios, qualidade de vida no trabalho, redução de estresse), redução do colesterol e redução da ingestão de álcool. Os dados da Tabela 1 também indicam resultados referentes ao lado do corpo que foi afetado após o AVE, com predominância de hemiparesia no lado direito, configurando maior prevalência de lesão no hemisfério esquerdo, ou seja, com alterações de linguagem e, conseqüentemente, implicações na funcionalidade e participação social. Outros estudos^(23,24) verificaram maior incidência de hemiparesia esquerda. No AVE, as implicações são bastante variadas para cada pessoa.

No item Funções do corpo, alguns participantes relataram prejuízos nas Funções de Fluência e Ritmo de fala (b330) e Funções de Memória (b144), resultados similares a outros estudos⁽¹³⁾. Tais dificuldades, segundo este estudo, comprometem o retorno à ocupação profissional. A maioria dos entrevistados com alterações de linguagem indicou deficiência nos itens Funções de Orientação (b114) e Funções Mentais de Linguagem (b167), como já relatado por outros autores⁽²⁶⁾. Tais resultados evidenciam que a condição linguística-cognitiva repercute na atividade diária, funcionalidade e participação social dos participantes com comprometimento de linguagem. As respostas dos participantes no item Funções Mentais de Linguagem (b167) e a relação de interferência dos itens de atividade e participação evidenciou que alterações de linguagem prejudicam a realização de atividade e participação social em maiores gravidades. Em funções de voz (b310), uma parcela referiu queixas vocais como monotonia, pastosidade e esforço ao falar, após o AVE, como já relatado por outros autores⁽²⁷⁾.

As respostas dos participantes no item Funções Mentais de Linguagem (b167) e a relação de interferência dos itens de atividade e participação evidenciou que alterações de linguagem prejudicam a realização de atividade e participação social com gravidades elevadas. Os resultados sinalizaram problemas na realização de atividade e participação em pessoas com alterações de linguagem tais como: concentrar atenção (d160), recepção de mensagens orais (d310), recepção de mensagens não verbais (d315), fala (d330), conversação (d350), recepção de mensagens escritas (d325), escrever mensagens (d345), utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360), andar (d450), relações sociais informais (d750), relações familiares (d760) e transações econômicas básicas (d860). Dessa maneira, os resultados indicam que as alterações de linguagem desencadeiam implicações para a vida das pessoas pós-AVE em aspectos psíquicos, sociais e atitudinais, além dos orgânicos já assinalados.

A utilização da CIF possibilitou que o comprometimento de linguagem pudesse ser compreendido além da sua dimensão orgânica, ou seja, não só como uma questão neurológica, bem como uma questão social, uma vez que a instância linguística discursiva possibilita a enunciação e a interação social^(15,17). A análise das implicações sociais possibilita a compreensão de que a linguagem está presente nas várias instâncias contextuais do indivíduo⁽¹⁵⁾. Os achados em relação ao impacto na atividade e participação corroboram dados de outro estudo⁽²⁸⁾ que salienta que os profissionais entrevistados (fonoaudiólogos) em sua pesquisa, reconhecem o impacto da afasia não só na dimensão linguística, como também em outras áreas da fonoaudiologia, como na deglutição, além dos níveis pessoal, familiar, social, profissional, econômico, ou seja, na saúde em uma perspectiva integral e em sua qualidade de vida. No item concentrar a atenção (d160), os participantes relataram dificuldades em manter-se atentos aos diálogos ou em conseguir terminar as atividades, bem como no item Fala (d330), em que a maioria dos participantes referem não ser bem compreendidos por outras pessoas, esses achados podem impossibilitá-los de voltarem para sua ocupação prévia, prejudicando assim sua funcionalidade^(13,26).

O item Andar (d450) obteve grande porcentagem de respondentes que indicaram algum tipo de deficiência, bem como outros estudos^(13,26), em que os entrevistados apresentaram dificuldades de mobilidade, desequilíbrio, fraquezas musculares em hemitórax, dificuldades de permanência em pé, necessitando de tecnologias auxiliares para locomoção, como bengala e cadeira de rodas.

No item Vida Comunitária (d910), grande parte dos indivíduos relatou que a dificuldade no deslocamento dentro e fora de casa comprometeu a independência e restringiu a sua participação social em situações tais como ir às celebrações religiosas. O mesmo aconteceu no item Recreação e Lazer (d920), a maioria dos participantes relatou alguma dificuldade que resulta na limitação da interação social com familiares e amigos. Os resultados desse item evidenciaram que o AVE compromete a participação social, familiar e laboral dos participantes, resultados similares aos de outros estudos⁽²³⁾ que encontraram a ocorrência de hábitos sedentários e ausência de atividades de lazer. Em relação aos Fatores Ambientais, todos os participantes indicaram os itens Produtos e Tecnologia para

Comunicação (e125), Família Imediata (e310), Cuidadores (e340) e Profissionais de Saúde (e355), como facilitador, achados também encontrados por outros estudos^(13,26). Grande parte dos participantes indicou que os aspectos de Fatores Ambientais foram facilitadores em suas vidas. Contudo, não se podem desconsiderar os achados relativos a esses itens selecionados como barreiras, mesmo que em porcentagens pequenas, como em Profissionais de Saúde (e355), em que 12,2% dos entrevistados encontraram dificuldade no acesso ou relataram falhas na qualidade do atendimento, na ausência de profissionais qualificados para atender à sua necessidade e descuido dos profissionais em alguns casos; Amigos (e320), com 4,7%; Família Ampliada (e315), com 2,1%; e Família Imediata (e310), com 2,3% de pessoas que indicaram distanciamento ou prejuízo na saúde por causa dessas pessoas. Esses resultados evidenciam impactos negativos do AVE nos hábitos e contextos de vida dos participantes, e, portanto, merecem uma reflexão sobre de que forma pode-se intervir para melhorias na qualidade de atendimento a essa população e acesso aos profissionais de saúde, bem como de que forma favorecer as relações sociais com as pessoas mais próximas em virtude da manutenção da qualidade de vida dos indivíduos.

A utilização da CIF possibilitou ampliar a análise da linguagem dos indivíduos estudados, além dos aspectos orgânicos e da doença, contemplando questões de funcionalidade, participação e de fatores contextuais. Resultados similares a outro estudo com a CIF no âmbito da Fonoaudiologia no Brasil⁽²⁹⁾. Assim como os nossos achados, neste trabalho⁽²⁹⁾, os participantes tiveram restrições de atividades cotidianas mais evidentes em Participação. Essas limitações são vivenciadas de modos diferentes, assim como a família e o acesso a profissionais de saúde se tornam um facilitador para a participação e funcionalidade dessas pessoas.

De modo que se torna substancial que o profissional de saúde compreenda o indivíduo em seu meio, para um entendimento mais amplo, considerando o indivíduo, seus contextos sociais e o sistema de saúde para refletir sobre os efeitos ruptores de incapacidade⁽³⁰⁾, como nos casos pós-AVE. O referencial teórico adotado associado à CIF como base conceitual para análise dos dados possibilitou, neste estudo, ampliar o olhar clínico, valorizando-se, assim, a subjetividade da pessoa pós-AVE, compreendendo-o em suas diferentes instâncias sociais. A mudança de abordagem abriu a possibilidade de enxergar esse indivíduo com agravos de saúde de modo diferenciado, considerando seus diferentes estilos e experiência de vida, abordagem para o profissional contemplar em suas práticas tendo em vista uma atenção à saúde humanizada e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram o impacto do AVE na linguagem, participação e funcionalidade do grupo estudado a partir da análise, utilizando-se a CIF. Os achados indicam que as pessoas pós-AVE, em funções do corpo, apresentam maiores dificuldades nos domínios de funções de orientação (indicar horários, lugares e pessoas), de função da memória (lembrar as atividades que realiza no dia a dia) e de funções mentais de linguagem (compreensão de conversas longas e manutenção de

diálogos). Em atividade e participação, a maioria apresentou implicações em concentrar a atenção, escrever mensagens simples e complexas, em andar, na participação em seu meio social e em recreação e lazer em atividades costumeiramente realizadas antes do AVE. Note-se que, nos fatores ambientais, os profissionais de saúde assim como os familiares que moram com os indivíduos e aqueles que não moram, se apresentam como importantes aspectos facilitadores para a maior parte dos entrevistados por favorecerem a manutenção da saúde e das relações sociais na vida dessas pessoas.

Outro achado importante diz respeito às pessoas com alterações de linguagem pós-AVE relatarem mais implicações em Atividade e Participação, quando comparadas às pessoas sem alterações de linguagem. As alterações de linguagem resultaram em implicações sociais, tais como dificuldades nas relações sociais informais, nas relações familiares, nas transações econômicas básicas e na manutenção de diálogo por alterações em concentrar a atenção, compreender mensagens, na fala e conversação. Tais achados reafirmam a importância da linguagem nas várias instâncias contextuais da pessoa.

A utilização da CIF como base conceitual possibilitou a análise desses diferentes aspectos de vida e saúde das pessoas que sofreram AVE, bem como a ampliação do olhar, além de seus aspectos orgânicos e sequelas físicas para as questões de atividade e participação do grupo populacional, abordagem compatível com uma visão de linguagem e de clínica, pautada no cuidado humanizado e na atenção integral.

A CIF possibilitou análise da linguagem no pós-AVE, além dos aspectos orgânicos, incorporando os aspectos sociais e afetivos e, conseqüentemente, contribuiu para maior compreensão da funcionalidade, participação e dos fatores contextuais dos participantes do estudo.

Dessa forma, essa pesquisa abre portas para a reflexão de um novo olhar na saúde e seus determinantes, possibilitando aliar o aspecto orgânico com a funcionalidade e fatores contextuais.

Considera-se relevante e oportuna a continuidade de estudos que abordem a aplicabilidade da CIF na Fonoaudiologia, uma vez que ainda é restrita a aplicação clínica e o desenvolvimento de pesquisas utilizando a CIF no âmbito da saúde brasileira. Nessa direção, reforça-se a importância de sua implementação nas universidades, unidades de saúde e hospitais, buscando maior divulgação entre os estudantes e profissionais. O estudo baseado na CIF proporciona um olhar científico para compreensão da saúde e seus determinantes da população estudada, numa abordagem integral e humanizada, oferecendo mais subsídios para o aprimoramento da assistência à saúde no atendimento ambulatorial, neste caso, particularmente no âmbito da Fonoaudiologia, das pessoas acometidas pelo AVE.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Graziella Batista Dallaqua a contribuição nesta pesquisa e ao Dr. Li Min Li a parceria no Ambulatório de Neurovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Agradecem também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) o auxílio fornecido para a execução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization [Internet]. Neurological disorders: public health challenges. Geneva: WHO; 2006 [citado em 2014 Dez 09]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
2. Saposnik G, Del Brutto OH. Stroke in South America: a systematic review of incidence, prevalence and stroke subtypes. *Stroke*. 2003;34(9):2103-8. PMID:12907823. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000088063.74250.DB>.
3. Feigin V. Stroke in developing countries: can the epidemic be stopped and outcomes improved? *Lancet Neurol*. 2007;6(2):94-7. PMID:17239789. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70007-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70007-8).
4. Nadruz W Jr. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. *Rev Com Ciência*. 2009;109(1):1-3.
5. Brasil [Internet]. Doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2014 Set 14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>.
6. Fernandes PT, Avelar WM, Mory SB, Hansen R, Min LL. Perception and attitudes towards stroke by professionals of emergency Medical Service in an Urban City in Southeastern Brazil. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009;18(3):195-7. PMID:19426889. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2008.09.007>.
7. Lavados PM, Hennis AJ, Fernandes JG, Medina MT, Legetic B, Hoppe A, et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol*. 2007;6(4):362-72. PMID:17362840. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70003-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70003-0).
8. Feigin V, Lawers CMM, Bennett DA, Zorowitz RD, Anderson CS. Epidemiology of stroke In: Stein J, Harvey RL, Macko RF, Winstein CJ, Zorowitz RD, organizadores. *Stroke recovery and rehabilitation*. New York: Demos Medical; 2009. p. 31-44.
9. Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complications after stroke. *Lancet Neurol*. 2010;9(1):105-18. PMID:20083041. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70266-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70266-2).
10. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics – 2014 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;128:1-267.
11. WHO: World Health Organization [Internet]. WHO STEPS stroke manual. Geneva: WHO; 2005. [citado em 2014 Out 20]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/Manual.pdf>
12. Wallace GL. Profile of life participation after stroke and aphasia. *Top Stroke Rehabil*. 2010;17(6):432-50. PMID:21239367. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr1706-432>.
13. Oliveira AIC, Silveira KRM. Utilização da CIF em pacientes com seqüela de AVC. *Rev Neurocienc*. 2011;19(4):653-62.
14. Seshadri S, Wolf PA. Lifetime risk of stroke and dementia: current concepts, and estimates from the Framingham Study. *Lancet Neurol*. 2007;6(12):1106-14. PMID:18031707. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70291-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70291-0).
15. Morato EM, Tubero AL, Santana AP, Damasceno B, Souza FF, Macedo HO, et al. Sobre as afasias e os afásicos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
16. ASA: American Stroke Association [Internet]. Types of Aphasia. Dallas: ASA; 2013 [citado em 2015 Mar 21]. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/CommunicationChallenges/Types-of-Aphasia_UCM_310096_Article.jsp#.VlcVy9KrTIU
17. Chun RYS. Processos de significação de afásicos usuários de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):598-603. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000400021>.
18. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2003. (Coletânea Saúde Paideia).

19. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*. 2004;8(14):73-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.
20. Goulart BNG, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(4):335-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000400014>.
21. CCOMS: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
22. Dallaqua GB. Avaliação das necessidades de fala e linguagem em sujeitos pós-AVC: instrumento clínico baseado na CIF [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
23. Nunes S, Pereira C, Silva MG. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisionline*. 2005;1(3):3-20.
24. Gama GL, Novaes MM, Franco CIF, Araújo DP, Galdino GS. Habilidade manual do paciente hemiplégico comparado ao idoso saudável. *Rev Neurocienc*. 2010;18(4):443-7.
25. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira RS Jr, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos do Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):1929-36. PMID:19750380. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900007>.
26. Martins AJG. Factores ambientais na funcionalidade de pessoas com AVC [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; 2010.
27. Godoy JF, Brasolotto AG, Barretin-Félix G, Fernandes AY. Achados de neurorradiologia e voz no acidente vascular encefálico. *CoDAS*. 2014;26(2):178-74. PMID:24918512.
28. Leal APS. Avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em Portugal [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; 2009.
29. Pommerehn J, Delboni MCC, Fedosse E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. *CoDAS*. 2016;28(2):132-40. PMID:27191876. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201620150102>.
30. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):475-83. PMID:19300836. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>.

Contribuição dos autores

Ambas as autoras participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. MTMS participou da coleta de dados, análise, interpretação de dados e redação do artigo; RYSC participou na condição de orientadora da idealização do estudo, interpretação de dados e redação do artigo.