

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AFÁSICOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

QUALITY OF LIFE OF AFHASIC PATIENTS AFTER STROKE

AMARAL, Cláudia Maria Silva Ribeiro¹
SANTOS, Karlos Thiago Pinheiro dos²

1 – Fonoaudióloga, Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Residente em Saúde Funcional e Reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) – Departamento de Ensino e Pesquisa, Av. Ver. José Monteiro, 1655 – Setor Negrão de Lima, Goiânia, Goiás, Brasil. claudia_amaral2109@hotmail.com, claudiaamarafono@gmail.com, (62) 98564-1411.

2 – Fonoaudiólogo, Graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Mestre em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina UNESP, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) – Departamento de Ensino e Pesquisa, Av. Ver. José Monteiro, 1655 – Setor Negrão de Lima, Goiânia, Goiás, Brasil.

RESUMO

Introdução: Cerca de um terço da população acometida por Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode desencadear afasia, sendo esta caracterizada pela perda ou comprometimento da função de linguagem, podendo causar prejuízos na compreensão, emissão da fala, habilidades de leitura, escrita e numéricas, considerada um preditor importante de sofrimento emocional e qualidade de vida (QV) negativa.

Objetivo: Avaliar aspectos da QV de pacientes afásicos pós AVC. **Método:** Estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal realizado em um centro de reabilitação. Os critérios de inclusão foram idade acima de 18 anos, de ambos os sexos e excluídos pacientes com tempo de lesão menor que 6 meses, com história pregressa de doenças psiquiátricas e/ou condições neurológicas progressivas concomitantes. Foram coletados os dados sociodemográficos, as variáveis clínicas e aplicado o questionário SAQOL-39. Para análise estatística foi considerado o nível de 5% de significância.

Resultados: Dos 33 participantes, 54,5% eram do sexo feminino, com prevalência de idade de 28 a 49 anos (45,5%), majoritariamente indivíduos casados (54,5%), tendo o cônjuge como o principal cuidador (58,1%). O domínio mais afetado foi o da comunicação (2,23) e o energia (3,15) o menos afetado. Foi observado relevância significativa entre QV e faixa etária, sexo, tipo de AVC, o não uso de cadeira de rodas e alterações motoras. **Conclusão:** Entre as diversas sequelas provenientes do AVC em afásicos, que influenciam diretamente no bem-estar geral, a comunicação parece ser a habilidade que mais impacta na QV destes indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral; Afasia; Qualidade de Vida; Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Introduction: About a third of the population affected by Cerebral Vascular Accident (CVA) can trigger aphasia, which is characterized by the loss or impairment of the language function, which can cause impairments in comprehension, speech emission, reading, writing and numerical skills, considered an important predictor of emotional distress and negative quality of life (QoL). **Objective:** Evaluate QoL aspects of aphasic patients after stroke. **Method:** Quantitative, observational, analytical and cross-

sectional study carried out in a rehabilitation center. Inclusion criteria were age above 18 years, of both genders, and patients with injury time of less than 6 months, with a past history of psychiatric illnesses and/or concomitant progressive neurological conditions were excluded. Sociodemographic data and clinical variables were collected and the SAQOL-39 questionnaire was applied. For statistical analysis, a significance level of 5% was considered. **Results:** Of the 33 participants, 54.5% were female, with an age prevalence of 28 to 49 years (45.5%), mostly married individuals (54.5%), with the spouse as the main caregiver (58.1 %). The most affected domain was communication (2.23) and energy (3.15) the least affected. Significant relevance was observed between QoL and age group, sex, type of stroke, non-use of a wheelchair and motor alterations. **Conclusion:** Among the various sequelae from stroke in aphasic patients, which directly influence general well-being, communication seems to be the skill that most impacts the QoL of these individuals.

KEYWORDS: Stroke; Aphasia; Quality of life; Surveys and questionnaires.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) destaca-se como a segunda causa de morte em todo o mundo, podendo ocorrer em qualquer idade. As estimativas apontam que no mundo, uma em cada seis pessoas sofrerá um AVC, sendo aproximadamente 15 milhões de pessoas acometidas anualmente. Destas, seis milhões vem a óbito e outras cinco permanecerão incapacitadas. O AVC é um distúrbioneurológico com início abrupto, em consequência a uma má circulação sanguínea cerebral, com duração de pelo menos 24 horas¹, ocasionado por uma isquemia ou por uma hemorragia cerebral².

Após o AVC cerca de um terço dos indivíduos podem continuar com a capacidade funcional limitada no plano físico, na comunicação, no humor ou no comportamento. Quando a lesão cerebral causada pelo AVC atinge o hemisfério dominante para a linguagem, o sujeito afetado pode apresentar comprometimento na comunicação, manifestando quadros de afasia³.

A afasia é a perda ou comprometimento da função de linguagem ocasionada por lesão cerebral⁴, afetando na capacidade de processamento e/ou produções linguísticas, podendo causar prejuízo na compreensão, na emissão da fala, nas habilidades de leitura, escrita e numéricas³. É mais frequentemente causada por lesões neurológicas decorrentes de AVC, afetando aproximadamente um terço dessa população⁵. A idade avançada e a severidade do AVC têm sido consideradas como fatores significativos para desencadear a afasia⁶.

Alterações emocionais e psicossociais como depressão e isolamento social são comumente mencionadas em pacientes com afasia crônica após AVC, sendo considerada um preditor importante de sofrimento

emocional e qualidade de vida (QV) negativa, uma vez que o desempenho da linguagem está significativamente associado à integração na comunidade, pois uma melhor capacidade de comunicação coopera para uma melhor participação social e consequentemente maior qualidade de vida⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{1,3}. É de conotação individual, conforme os objetivos, metas e desejos de cada indivíduo¹.

Dessa forma, existe um impacto significativo na qualidade de vida destes sujeitos, o que é percebido quando comparado com outros indivíduos acometidos por AVC, porém sem quadro de afasia⁶. Estes indivíduos frequentemente passam seu tempo restrito apenas com pessoas conhecidas, como seus familiares, e o tempo em que não estão em casa limita-se a comparecimento em ambientes clínicos e hospitalares⁷. O paciente afásico possui participação social mais reduzida, maior índice de depressão, menor índice de regresso ao trabalho, contribuindo para a elevação das despesas com saúde, no setor público e privado. Constantemente apresentam sofrimento emocional devido a comunicação restrita, o que pode resultar em ansiedade, isolamento e frustração⁶.

Diversas áreas da saúde como a fonoaudiologia tem desenvolvido crescente interesse por pesquisas sobre qualidade de vida³ e têm sido cada vez mais usadas para direcionar intervenções de cuidados de saúde, permitindo melhor compreensão e mensuração do impacto da doença na vida do paciente, considerando sua perspectiva na tomada de decisão clínica^{8,9}.

Para se avaliar a qualidade de vida algumas escalas genéricas e específicas vêm sendo utilizadas em vários estudos^{1,3,10}, no entanto, as dificuldades de compreensão e de expressão, resultantes da afasia, dificultam ou até mesmo impossibilitam a avaliação dessa população com uso de instrumentos genéricos, excluindo-os de pesquisas ou são avaliados na percepção de seus cuidadores e familiares, que nem sempre refletem a opinião do paciente, podendo comprometer os resultados da avaliação. Dessa forma, o uso de instrumentos específicos para essa população é essencial para que sejam avaliados aspectos próprios na percepção do paciente^{8,9}.

O protocolo SAQOL-39 (The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39-item version) foi desenvolvido

e adaptado a partir da escala genérica Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) para uso especificamente de pacientes pós AVC com quadro de afasia^{11,12}. Possui versão traduzida para o português, sendo também traduzido para vários outros idiomas, considerado de alta aceitabilidade e confiabilidade conforme estudo de revisão sistemática que analisou a aceitabilidade, confiabilidade e validade desta escala em 17 idiomas que faziam uso deste protocolo.¹³ As questões são curtas e em formato simples permitindo quantificar os comprometimentos decorrentes do AVC a partir da percepção dos próprios afásicos³, o que poderá contribuir para uma reabilitação mais orientada para o paciente e consequentemente uma melhor qualidade de vida¹⁴.

Considerando que os prejuízos na comunicação, associadas a possíveis restrições motoras e psíquicas, podem afetar a qualidade de vida do indivíduo afásico, o objetivo deste estudo foi avaliar aspectos da qualidade de vida de pacientes afásicos pós AVC.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico, transversal, realizado em um centro de reabilitação e readaptação, localizado em Goiânia-GO. Foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa sob protocolo nº 5.458.028, obedecendo os aspectos éticos conforme a Resolução 466/2012.

A amostra foi composta por 33 indivíduos com quadro de afasia atendidos no ambulatório de Fonoaudiologia do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), definida por conveniência. Foram considerados como critérios de inclusão: indivíduos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos com quadro clínico de afasia decorrente de AVC (isquêmico ou hemorrágico). Os critérios de exclusão foram: tempo de lesão menor que 6 meses; história progressiva de doenças psiquiátricas e/ou condições neurológicas progressivas concomitantes; déficit cognitivo que impossibilitasse a compreensão completa e fiel das perguntas do questionário; e aqueles que não consentiram ou não assinaram o TCLE.

Os dados clínicos foram coletados previamente através de análise de prontuário identificando os pacientes afásicos atendidos no ambulatório de fonoaudiologia e em um outro momento foi realizado o contato presencial com os pacientes e/ou responsáveis, esclarecendo os objetivos da pesquisa. Após a prévia concordância e autorização dos mesmos foi disponibilizado presencialmente o protocolo específico

SAQOL-39 e o questionário de coleta de dados sociodemográficos, acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo e a coleta de dados sociodemográficos foram aplicados presencialmente pelo pesquisador após autorização e assinatura do TCLE pelo paciente e/ou responsável. O instrumento de avaliação de qualidade de vida SAQOL-39 foi aplicado de forma individual, com cada participante, sem a presença do cuidador ou familiar, em uma ou duas sessões, conforme tempo de resposta do paciente, limitado pelo prejuízo maior ou menor na função da linguagem. A não participação do cuidador ou familiar/responsável tem como objetivo evitar interferência nas respostas do paciente. Todos os procedimentos relacionados a análise dos prontuários foram realizados após a autorização da instituição e mediante o Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

Foram disponibilizados para aplicação e preenchimento o protocolo específico Escala de Qualidade de Vida de Acidente Vascular Cerebral e Afasia (SAQOL-39) e o questionário sociodemográfico.

O questionário sociodemográfico foi elaborado pelos próprios autores desta pesquisa, compostos pelos itens: data da avaliação, nome, prontuário, idade, sexo, estado civil, escolaridade, status econômico familiar, se exercia trabalho remunerado antes do AVC, se retornou ao trabalho remunerado, se possui cuidador e qual vínculo, qual tipo de AVC, data do evento, tempo de internação hospitalar, quantos episódios, tempo de lesão, qual tipo de afasia, se faz uso de cadeira de rodas e se apresenta alterações motoras.

O SAQOL-39 é um protocolo específico para pacientes com quadro de afasia pós AVC, sua aplicação é em formato de entrevista, realizada pela equipe de pesquisa. É composto por 39 itens divididos em 4 domínios que avaliam: o estado físico, psicossocial, comunicação e energia. Os itens de cada domínio apresentam respectivamente dificuldades que o paciente pode apresentar no autocuidado, mobilidade e trabalho; tomada de decisão, personalidade e humor; nas dificuldades no uso da fala, no impacto da deficiência da linguagem na vida familiar e social; e questões relacionadas a fadiga e sensação de cansaço. A referência de tempo no momento da entrevista é evidenciada como “durante a semana passada” para todos os itens. As perguntas são na forma de escala de 5 pontos de 1 a 5, de modo que pontuações maiores referem melhor índice de QV. Sua aplicação permite o uso de várias estratégias para facilitar a compreensão e capacidade de resposta do paciente afásico, podendo responder verbalmente, por gestos ou apontando para um gráfico.

A caracterização do perfil sociodemográfico e dados clínicos dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação dos domínios do SAQOL-39 com o perfil da amostra foi realizada por meio do teste t de Student e Análise da Variância (ANOVA) seguida do teste de Tukey. Os dados foram analisados com o auxílio do Statistical Package for Social Science - SPSS, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A população do presente estudo foi composta por 33 indivíduos, destes, a maioria possuía faixa etária entre 28 a 49 anos (45,5%), sendo 54,5% da amostra do sexo feminino. Foram encontrados majoritariamente indivíduos casados (54,5%), tendo o cônjuge como o principal cuidador (58,1%). Em relação ao nível de escolaridade, o predomínio na população estudada foi o ensino médio (45,5%) e quanto ao status econômico a maioria (42,4%) possuía uma renda até 1 salário mínimo. Do total de 33 participantes, 87,9% dos indivíduos relataram exercer algum tipo de trabalho remunerado antes do episódio, e após o AVC, 96,6% da amostra relataram não conseguir retornar às atividades laborais, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico

	n	%
Faixa etária		
28 a 49 anos	15	45.5
50 a 59 anos	8	24.2
60 a 76 anos	10	30.3
Sexo		
Feminino	18	54.5
Masculino	15	45.5
Estado Civil		
Casado	18	54.5
Solteiro	8	24.2
Outros (divorciado e viúvo)	7	21.2
Possui cuidador		
Não	2	6.1
Sim	31	93.9
Qual vínculo		

Cônjuge	18	58.1
Filho	7	22.6
Irmã	2	6.5
Mãe/Pai	2	6.5
Outra (cuidador profissional e não se aplica)	2	6.5
Escolaridade		
Até o ensino Fundamental	13	39.4
Ensino Médio	15	45.5
Ensino Superior	5	15.2
Status econômico		
Até 1 salário mínimo	14	42.4
De 1 a 3 salários mínimos	11	33.3
De 3 a 5 salários mínimos	8	24.2
Trabalho remunerado antes do AVC		
Não	4	12.1
Sim	29	87.9
Retornou ao trabalho remunerado		
Não	28	96,6
Sim	1	3,4

Fonte: a autora. **Legenda:** n: frequência absoluta; % frequência relativa

No levantamento das características clínicas da população estudada (Tabela 2), foi possível identificar o AVC isquêmico (84,8%) como o tipo mais predominante e o período de hospitalização relatado foi em sua maioria de 8 a 30 dias (54,5%). O tempo de lesão prevalente foi de 2 a 4 anos (45,5%), destacando a Afasia de Broca com maior prevalência (33,3%). A grande maioria da população estudada (66,7%) não fazia uso de cadeiras de rodas. Todos os indivíduos da amostra apresentavam alterações motoras, sendo: hemiparesia (33,3%), hemiplegia (33,3%), hemiplegia com predomínio braquial (24,2%) e sem alterações relevantes (9,1%).

Tabela 2. Caracterização dos dados clínicos.

	n	%
Data do Evento		
2012 a 2019	23	69.7
2020 a 2022	10	30.3
Tipo de AVC		
AVCh	5	15.2
AVCi	28	84.8
Tempo de Hospitalização		
0 a 7 dias	8	24.2
8 a 30 dias	18	54.5

Acima de 30 dias	7	21.2
Quantos episódios		
1	29	87.9
2	4	12.1
Tempo de lesão		
1 a 2 anos	8	24.2
2 a 4 anos	15	45.5
Mais que 4 anos	10	30.3
Classificação da Afasia na admissão		
Afasia Anômica	7	21.2
Afasia de Broca	11	33.3
Afasia de Condução	5	15.2
Afasia global	1	3.0
Afasia Transcortical Motora	8	24.2
Afasia Transcortical Sensorial	1	3.0
Faz uso de cadeira de rodas		
Não	22	66.7
Sim	11	33.3
Alterações Motoras		
Hemiparesia	11	33.3
Hemiplegia	11	33.3
Hemiplegia com predomínio braquial	8	24.2
Sem Alterações Relevantes	3	9.1

Fonte: a autora. **Legenda:** n: frequência absoluta; % frequência relativa, AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Quanto a caracterização dos itens e domínios do SAQOL-39, o item da escala apresentado como mais alterado pela população estudada foi o pertencente ao domínio comunicação, referente a “problemas na linguagem que interferem na vida social” (média 1,48±DP 0,80), onde 60,6% atribuíram menor pontuação para esta questão. Quanto aos outros domínios, o físico apresentou menor score para a questão referente a “dificuldade em usar a mão para escrever e digitar” (média 2,12±DP 1,17); o psicossocial apresentou menor pontuação para a questão: “Você sente que sua personalidade mudou?” (média 1,85±DP 1,30); e o domínio energia apresentou como questão mais afetada o item: “Você tem que anotar as coisas para lembrar-se (ou pedir para alguém anotar para você)?” (média 2,55 ± DP 1,58).

A Tabela 3 apresenta os valores de consistência interna para o instrumento de avaliação SAQOL-39, demonstrando alta confiabilidade e boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,93). A pontuação média geral de QV mensurada pela escala SAQOL-39 nos indivíduos da amostra foi de (2,86). O domínio apontado como o mais afetado foi o da comunicação (2,23) e como menos afetado o domínio energia (3,15).

Tabela 3. Estatísticas descritivas e consistência interna dos domínios do SAQOL-39.

	nº de itens	Alfa de Cronbach	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Físico	17	0,97	3,00 ± 1,28	1,06	4,82
Comunicação	7	0,79	2,23 ± 0,72	1,00	4,14
Psicossocial	11	0,75	3,07 ± 0,81	1,36	4,55
Energia	4	0,73	3,15 ± 1,23	1,00	5,00
SAQOL-39	39	0,93	2,86 ± 0,75	1,29	4,35

Em relação aos resultados da comparação dos domínios do SAQOL-39 com o perfil sociodemográfico (Tabela 4), os fatores que apresentaram relevância significativa com a QV foram: faixa etária e sexo ($p < 0,01$). Os resultados mostraram que a faixa etária de 28 a 49 anos, especificamente no domínio físico, apresentou maior score (3,75), demonstrando melhor qualidade de vida para estes em relação aos acima de 50 anos. Quanto ao sexo, os homens obtiveram uma pontuação significativamente maior do que as mulheres, tanto no score médio total (3,20), quanto no domínio físico (3,65), referenciando melhor QV para a população masculina. Não houve relevância significativa para os fatores: estado civil, escolaridade e status econômico.

Tabela 4. Resultado da comparação dos domínios do SAQOL-39 com o perfil sociodemográfico.

	Físico	<i>p</i>	Comunicação	<i>p</i>	Psicossocial	<i>p</i>	Energia	<i>p</i>	SAQOL-39	<i>p</i>
Faixa etária										
28 a 49 anos	3,75 ± 0,92‡		2,37 ± 0,73		2,88 ± 0,94		3,03 ± 1,37		3,01 ± 0,78	
50 a 59 anos	2,93 ± 1,48	0,01**	2,20 ± 0,93	0,51**	3,34 ± 0,93	0,42**	3,66 ± 1,25	0,41**	3,03 ± 0,91	0,19**
60 a 76 anos	1,94 ± 0,75		2,03 ± 0,49		3,13 ± 0,39		2,93 ± 0,97		2,50 ± 0,44	
Sexo										
Feminino	2,46 ± 0,97	<0,01*	2,09 ± 0,59	0,23*	2,89 ± 0,74	0,18*	2,85 ± 1,20	0,12	2,57 ± 0,58	0,01*
Masculino	3,65 ± 1,32		2,39 ± 0,83		3,27 ± 0,86		3,52 ± 1,20		3,20 ± 0,80	
Estado Civil										
Casado	3,21 ± 1,42	0,16**	2,29 ± 0,84	0,80**	3,10 ± 0,97	0,94**	3,17 ± 1,31	0,54**	2,93 ± 0,86	0,46**
Solteiro	3,25 ± 1,05		2,20 ± 0,62		2,98 ± 0,67		3,47 ± 1,33		2,97 ± 0,68	
Outros	2,18 ± 0,85		2,08 ± 0,50		3,09 ± 0,51		2,75 ± 0,89		2,54 ± 0,46	
Escolaridade										
Ensino Fundamental	2,58 ± 1,21	0,32**	2,07 ± 0,40	0,45**	3,03 ± 0,76	0,64**	2,83 ± 1,21	0,28**	2,62 ± 0,62	0,32**
Ensino Médio	3,28 ± 1,16		2,40 ± 0,90		2,99 ± 0,92		3,20 ± 1,25		2,96 ± 0,81	
Ensino Superior	3,26 ± 1,75		2,11 ± 0,77		3,38 ± 0,61		3,85 ± 1,11		3,14 ± 0,85	
Status econômico										
Até 1 salário mínimo	2,76 ± 1,20	0,59**	2,12 ± 0,64	0,77**	3,10 ± 0,78	0,20**	3,13 ± 1,10	0,15**	2,78 ± 0,62	0,26**
De 1 a 3 salários mínimos	3,05 ± 1,28		2,27 ± 0,78		2,76 ± 0,88		2,70 ± 1,39		2,68 ± 0,85	
De 3 a 5 salários mínimos	3,35 ± 1,48		2,34 ± 0,81		3,43 ± 0,66		3,81 ± 1,05		3,23 ± 0,78	

*Teste *t* de Student; **ANOVA; ‡Tukey (média ± desvio padrão)

Tabela 5. Resultado da comparação dos domínios do SAQOL-39. com o perfil clínico.

	Físico	<i>p</i>	Comunicação	<i>p</i>	Psicossocial	<i>p</i>	Energia	<i>p</i>	SAQOL-39	<i>p</i>
Data do Evento										
2012 a 2019	3,16 ± 1,30	0,28*	2,34 ± 0,76	0,16*	3,21 ± 0,78	0,11*	3,15 ± 1,11	0,99*	2,96 ± 0,74	0,25*
2020 a 2022	2,63 ± 1,22		1,96 ± 0,55		2,73 ± 0,81		3,15 ± 1,53		2,63 ± 0,74	
Tipo de AVC										
AVCh	3,58 ± 1,34	0,28*	2,74 ± 0,99	0,07*	3,58 ± 0,62	0,12*	4,10 ± 0,98	0,06*	3,49 ± 0,85	0,03*
AVCi	2,90 ± 1,26		2,13 ± 0,64		2,97 ± 0,81		2,98 ± 1,21		2,74 ± 0,69	
Tempo de Hospitalização										
0 a 7 dias	2,88 ± 1,21	0,88**	2,13 ± 0,58	0,55**	3,09 ± 0,92	0,48**	2,91 ± 1,37	0,78**	2,74 ± 0,78	0,78*
8 a 30 dias	3,10 ± 1,28		2,17 ± 0,46		2,93 ± 0,72		3,18 ± 1,05		2,84 ± 0,48	
Acima de 30 dias	2,88 ± 1,52		2,49 ± 1,27		3,38 ± 0,93		3,36 ± 1,61		3,02 ± 1,26	
Tempo de lesão										
1 a 2 anos	2,70 ± 1,25	0,63**	2,02 ± 0,47	0,65**	2,83 ± 0,81	0,63**	3,19 ± 1,46	0,99**	2,70 ± 0,60	0,78*
2 a 4 anos	3,22 ± 1,39		2,28 ± 0,82		3,12 ± 0,89		3,15 ± 1,25		2,93 ± 0,86	
Mais que 4 anos	2,91 ± 1,19		2,31 ± 0,74		3,18 ± 0,71		3,13 ± 1,13		2,88 ± 0,73	
Faz uso de cadeira de rodas										
Não	3,72 ± 0,89	<0,01*	2,38 ± 0,75	0,08*	3,08 ± 0,89	0,87*	3,42 ± 1,23	0,07*	3,15 ± 0,68	0,01*
Sim	1,57 ± 0,38		1,92 ± 0,55		3,03 ± 0,66		2,61 ± 1,10		2,28 ± 0,52	
Alterações Motoras										
Hemiparesia	3,93 ± 0,95‡	<0,01**	2,23 ± 0,92	0,16**	3,36 ± 0,87	0,09**	3,50 ± 1,35	0,25**	3,24 ± 0,74‡	0,01*
Hemiplegia	1,57 ± 0,38		1,92 ± 0,55		3,03 ± 0,66		2,61 ± 1,10		2,28 ± 0,52	
Hemiplegia com predomínio braquial	3,18 ± 0,64		2,38 ± 0,51		2,52 ± 0,40		3,13 ± 1,15		2,82 ± 0,37	
Sem Alterações Relevantes	4,37 ± 0,63		2,90 ± 0,50		3,58 ± 1,37		3,92 ± 1,13		3,69 ± 0,87	

Legenda: *Teste *t* de Student; **ANOVA; ‡Tukey (média ± desvio padrão); AVCH: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico; AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Considerando os resultados da comparação dos domínios do SAQOL-39 com os dados clínicos na Tabela 5, houve relevância significativa com o tipo de AVC ($p < 0,03$). Indivíduos com AVC hemorrágico tiveram pontuações gerais mais altas (3,49) do que pacientes com AVC isquêmico. A melhor QV também foi significativamente associada ao não uso de cadeira de rodas ($p < 0,01$), com relevância significativa tanto no score médio total (3,15), quanto ao domínio físico (3,72). Quanto as alterações motoras, houve diferença significativa em sujeitos com hemiparesia ($p < 0,01$), apresentando maior score total (3,24) e para o domínio físico (3,93), em comparação com os indivíduos que tinham comprometimento motor mais graves.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstrados apontaram predomínio da idade entre 28 a 49 anos, o que diverge de outros estudos que avaliaram a prevalência da afasia após AVC, bem como a QV destes indivíduos, onde a média de idade encontrada foi acima de 60 anos^{6,10,11,15,16}. Porém estudo recente apontou aumento crescente de casos de AVC na população mais jovem, ocorrendo atualmente em 10% dos pacientes abaixo de 55 anos, além de ser responsável por 40% das aposentadorias precoces no Brasil¹⁷.

A maioria da nossa amostra são de pessoas casadas que possuem o cônjuge como cuidador corroborando com dados da literatura¹⁸. Dos participantes desta pesquisa, 87,9% exerciam trabalho remunerado antes do AVC, deste total, apenas 3,4% conseguiram retornar ao trabalho, dados similares a literatura onde foi investigado a relação integração na comunidade e QV de 30 indivíduos afásicos, onde nenhum dos sujeitos conseguiram retornar ao trabalho, reforçando que a afasia é um fator crítico e limitador para retorno em empregos, pois requer melhor nível de comunicação e intelecto⁷. Em um estudo de revisão sistemática sobre as perspectivas de pessoas com afasia pós AVC em direção à recuperação pessoal e viver com sucesso, observou-se que estes sujeitos ansiavam em ser úteis e ter a capacidade de retornar ao trabalho remunerado ou mesmo contribuir com atividades voluntárias⁵.

Grande parte dos indivíduos avaliados neste trabalho tiveram AVC isquêmico (84,8%), corroborando com a literatura que aponta o tipo isquêmico como mais frequente^{6,9}, e quanto ao tipo de afasia, o mais prevalente foi a Afasia de Broca (33,3%), confirmando com dados da literatura, que também tiveram maior prevalência deste tipo de afasia³.

Ao comparar os domínios do SAQOL-39 com o perfil sociodemográfico, observou-se relevância

significativa em relação ao fator sexo ($p < 0,01$), onde as mulheres apresentaram scores de QV total e específico do domínio físico mais baixos do que os homens, o que está de acordo com dados da literatura, quando se avaliou a QV de afásicos usando uma versão holandesa do SAQOL-39, relatando que as mulheres afásicas tendem a avaliar sua QV um pouco mais negativamente do que os homens¹⁴. Não identificamos na literatura motivos para a influência do sexo, mais pesquisas com grupos maiores provavelmente podem fornecer informações mais precisas quanto a esta questão.

A faixa etária de 28 a 49 anos, apresentou relevância significativa ($p < 0,01$), na comparação do domínio físico do SAQOL-39 com o perfil sociodemográfico demonstrando melhor qualidade de vida para esta faixa etária, estes achados vão de encontro a literatura que fizeram uso deste mesmo questionário e observaram em sua pesquisa que os idosos com afasia pontuaram score mais baixo do que os mais jovens¹⁴. Este fato pode ser justificado pelo declínio funcional adquirido com a idade, somados às sequelas do AVC, acrescidos do próprio envelhecimento que naturalmente podem gerar incapacidades funcionais que afetam a QV¹⁸.

Os grupos com o maior nível educacional (ensino médio e superior) pontuaram no score total um pouco mais alto do que aqueles que apenas fizeram o fundamental, mas as diferenças encontradas não foram significativas, reforçando outros estudos que também não encontraram associação significativa entre a QV e grau de escolaridade⁹. Também não foi encontrada relevância significativa entre estado civil e status econômico.

Ao comparar os domínios do SAQOL-39 com os dados clínicos, observou-se significância estatística no tipo de AVC ($p < 0,03$), onde indivíduos com AVC hemorrágico tiveram pontuações gerais mais altas (3,49) do que pacientes com AVC isquêmico, contrariando achados da literatura, onde ao usar a versão genérica do SAQOL-39, observou-se que as pontuações gerais significativamente mais altas se davam ao AVC isquêmico¹⁹. Os achados da nossa pesquisa justificam-se conforme literatura que enfatiza que o AVC hemorrágico apresenta melhor prognóstico que o isquêmico para reabilitação da afasia, pelo fato de que no hemorrágico, porções de fibras são movimentadas sem provocar lesão².

No presente estudo observou-se relevância significativa nos aspectos de mobilidade ($p < 0,01$), onde sujeitos que não faziam uso de cadeira de rodas tiveram uma pontuação maior, ou seja, melhor QV, tanto no score médio total (3,72), quanto especificamente ao domínio físico (3,15). Observou-se

também maior score no aspecto de alterações motoras, com diferença significativa em sujeitos que apresentavam hemiparesia ($p < 0,01$), apresentando maior score total (3,24) e para o domínio físico (3,93), em comparação com os indivíduos que tinham comprometimento motor mais grave. Isso pode ser justificado pelo fato de a qualidade de vida ser menor quando o paciente é mais dependente de outras pessoas para atividade de vida diária, conforme dados da literatura que observou associação significativa entre QV e nível de dependência dos pacientes com AVC¹⁹.

Não encontramos significância estatística para as variáveis tempo de hospitalização e tempo de lesão, porém em um estudo retrospectivo de coorte, de prevalência de afasia após AVC em população hospitalar no Sul do Brasil, foi observado que os indivíduos com afasia apresentaram um tempo mediano de internação maior que sujeitos sem afasia⁶.

Nesta pesquisa investigou-se aspectos da qualidade de vida de sujeitos afásicos pós AVC, medida pelo SAQOL-39, enfatizando quais domínios deste questionário específico de avaliação de QV estariam mais prejudicados, correlacionando-os com aspectos clínicos e sociodemográficos. A amostra estudada demonstrou que o domínio mais afetado da escala foi o referente a comunicação, o que está de acordo com estudos anteriores^{9,12}. Em nossa pesquisa, em relação ao domínio da comunicação, os itens mais alterados foram: problemas na linguagem que afetam a vida social, corroborando com os achados da literatura¹², e dificuldade em encontrar as palavras que deseja usar. No entanto, em um outro estudo⁷, o domínio mais prejudicado foi a energia (média 2,43), seguido pelo domínio comunicação (média 2,44).

Este estudo apresentou algumas limitações a se considerar como dificuldade em conciliar a rotina dos atendimentos tanto da terapeuta quanto do paciente, com a coleta de dados, como também a exclusão por incapacidade de respostas devido a gravidade da afasia, refletindo em um menor número de participantes do estudo, o que sugere mais pesquisas na área com maior número de amostra.

CONCLUSÃO

Entre as diversas sequelas provenientes do AVC em afásicos que influenciam diretamente no bem-estar geral, a comunicação parece ser a habilidade que mais impacta na QV destes indivíduos. Essa informação é de suma importância para que os profissionais de saúde que prestam atendimento a este público, conheçam a percepção subjetiva que cada indivíduo afásico tem da sua condição, para traçar um planejamento terapêutico mais humanizado e individualizado. No entanto, há uma escassez de

estudos com esta população, excluída muitas vezes por apresentar dificuldades de linguagem e/ou cognição. Mais estudos são necessários para melhor compreensão da QV destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- 1- Favoretto NC. Terapia fonoaudiológica intensiva: influência na qualidade de vida e no grau de depressão de pessoas com afasia e na sobrecarga de seus cuidadores/familiares [Dissertação de doutorado on the Internet]. Bauru, São Paulo: Universidade de São Paulo. 2019 [cited 2022 Oct 27]:120. Available from: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-13112019-194833/publico/NataliaCarolineFavor_etto_Rev.pdf
- 2 - Silveira AB. Intervenção Fonoaudiológica em Afasia Expressiva [Dissertação de mestrado on the Internet]. Santa Maria - RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2018 [cited 2022 Oct 27]:100. Available from: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/20660/DIS_PPGDCH_2018_SILVEIRA_ARIELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 3 - Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39 [Dissertação de mestrado on the Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2008 [cited 2022 Oct 27]:92. Available from: [file:///C:/Users/felli/Downloads/cristianeribeiro%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/felli/Downloads/cristianeribeiro%20(1).pdf)
- 4 - Murdoch BE. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: Uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica funcional. Segunda edição Rio de Janeiro: Revinter. 2012:379. ISBN: 978-85-372-0450-4.
- 5 - Manning M, MacFarlane A, Hickey A, Franklin S. Perspectives of people with aphasia post-stroke towards personal recovery and living successfully: A systematic review and thematic synthesis. PLoS ONE [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 27]; DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214200>. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214200>
- 6 - Lima RR, Rose ML, Lima HN, Cabral NL, Silveira NC, Massi GA. Prevalence of aphasia after stroke in a hospital population in southern Brazil: a retrospective cohort study. Pubmed [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 27]. DOI: 10.1080/10749357.2019.1673593. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31687916/>.
- 7 - Lee H, Lee Y, Shoe H, Pyun S. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. Yonsei Med J [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 27]; DOI:10.3349/ymj.2015.56.6.1694. Available from: <https://ejournal.yonsei.ac.kr/DOIx.php?id=10.3349/ymj.2015.56.6.1694>
- 8 - Hilary K, Byng S. Health-related quality of life in people with severe aphasia. International Journal of Language & Communication Disorders [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 27]. DOI 10.1080/13682820802008820. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/13682820802008820>
- 9 - Rodrigues IT, Leal MG. Tradução Portuguesa e Análise de Aspectos Psicométricos da Escala.

“Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)”. ACR [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 27]:339-44. Available from:

<https://www.scielo.br/j/acr/a/g7s4PbzL9nf46jrN6XB7z3m/?format=pdf&lang=pt>

10 - Bullier B, Cassoudealle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, De Gabory I, Dehail P, Joseph PA, Sibon I, Glize B. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2019 [cited 2022 Oct 27]:33-37. DOI <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187706571930106X?via%3Dihub>

11 - Hilary K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). *Stroke* [Internet]. 2003 [cited 2022 Oct 27]. DOI [doi/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED](https://doi.org/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED). Available from:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED>

12 - Portero-McLellan KC, Rocha AJ, Sakzenian WB, Panhoca I. Avaliação da qualidade de vida de pacientes afásicos. *Cad. saúde col., Rio de Janeiro*. 2009 [cited 2022 Oct 27]; Available from:

http://www.cadernos.iesc.ufri.br/cadernos/images/csc/2009_2/artigos/CSC_03_2010NOTA_2.pdf

13 - Ahrmadi A, Tohidast SA, Mansuri B, Kamali M, Krishnan G. Acceptability, reliability, and validity of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) across languages: a systematic review. *NIH National Library of Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 27];(Sep;31(9):1201-1214. DOI: [10.1177/0269215517690017](https://doi.org/10.1177/0269215517690017). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28125905/>.

14 - Manders E, Dammekens E, Leemans I, Michiels K. Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and Rehabilitation* [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 27]; DOI [10.3109/09638280903071867](https://doi.org/10.3109/09638280903071867). Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638280903071867>

15 - Lima RR, Rose ML, Lima HN, Guarinello AC, Santos RS, Massi GA. Socio-demographic factors associated with quality of life after a multicomponent aphasia group therapy in people with sub-acute and chronic post-stroke aphasia. *Aphasiology* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 27]:642-657. DOI [10.1080/02687038.2020.1727710](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1727710). Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2020.1727710>

16 - Spaccavento S, Craca A, Del Prete M, Falcone R, Colucci A, Di Palma A, Loverre A. Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric. Disease and Treatment*. [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 27];10:27-37. DOI [10.2147/NDT.S52357](https://doi.org/10.2147/NDT.S52357). Available from:

<https://www.dovepress.com/quality-of-life-measurement-and-outcome-in-aphasia-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>

17 - Almeida BEG, Ferregato ICK, Oliveira JP de, Sbardelotto BM. Acidente vascular cerebral em adultos jovens: uma análise de casos. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 28];11:e3011133508. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35084>. Available from:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35084/29443>

18 - Lima RR, Silveira NC, Lima HN. O impacto na qualidade de vida de cuidadores inseridos em um ambiente de terapia grupal para afásicos. *Audiology - Communication Research* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 27]; DOI 10.1590/2317-6431-2021-2504. Available from:

<https://www.scielo.br/j/acr/a/prcOsCZBNpgwW9DrjwpJ6Zp/?lang=pt>

19 - Kariyawasam PN, Pathirana KD, Hewage DC. Factors associated with health related quality of life of patients with stroke in Sri Lankan context. *BMC Part of Springer Nature* [Internet]. 2020; [cited 2022 Oct 27]; DOI 10.1186/s12955-020-01388-y. Available from:

<https://hql.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01388-y>