

**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**

**Roxele Ribeiro Lima**

**INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL E SEU IMPACTO NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA**

**CURITIBA**

**2019**

**Roxele Ribeiro Lima**

**INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL E SEU IMPACTO NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA**

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor do Programa de Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Giselle Athayde Massi

Co orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Miranda Lee Rose

**CURITIBA**

**2019**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

L732 Lima, Roxele Ribeiro.

Intervenção fonoaudiológica grupal e seu impacto na  
qualidade de vida de pessoas com afasia/ Roxele Ribeiro Lima;  
orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giselle Athayde Massi; coorientadora  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miranda Lee Rose  
92f.

Tese (Doutorado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba,  
2019.

1. Afasia. 2. Terapia em grupo. 3. Qualidade de vida.  
4. Acidente vascular cerebral. I. Tese (Doutorado) – Programa  
de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/ Doutorado  
em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD – 616.8552

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**Roxele Ribeiro Lima**

### **INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA**

Esta tese foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 06 de dezembro de 2019

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Giselle Athayde Massi  
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP, PR

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Miranda Lee Rose  
Director of the NHMRC funded Centre of Research Excellence in Aphasia Recovery and Rehabilitation, LaTrobe University, Melbourne, Austrália.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Cristina Guarinello  
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP, PR

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosane Sampaio Santos  
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP, PR

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Denise Ren da Fountoura  
Hospital Moinhos de Vento- Porto Alegre, RS

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Juliana Cemin  
Faculdade IELUSC, SC

## AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese de doutorado não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Difícil descrever todo o sentimento de gratidão por cada um que esteve presente neste caminho.

Em primeiro lugar, a Deus que me deu suporte emocional e me sustentou em momentos difíceis e acalmou meu coração durante todo este processo.

A minha querida orientadora, Giselle Massi, que tem me acompanhado desde o meu mestrado, compartilhando todo o seu conhecimento com grande maestria, conduzindo-me a pensamentos mais abrangentes e importantes e sendo uma incentivadora incondicional de minha formação acadêmica; além de ter tido a honra de estreitar mais os laços de amizade. A coorientadora, Miranda Rose, pela sua paciência em me conduzir através de sua expertise na área de afasia e pesquisa para um aprimoramento dos estudos realizados ao longo deste doutorado, bem como ter viabilizado a oportunidade de uma experiência internacional em um centro de referência em afasia. Sou grata as minhas orientadoras que me abriram horizontes, contribuindo, principalmente, na minha formação como pesquisadora e para meu amadurecimento pessoal. Para ambas, o meu eterno reconhecimento e agradecimento.

Agradeço aos membros da banca pela avaliação criteriosa e pelas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos colegas do *Centre for Research Excellence for Aphasia Recovery and Rehabilitation* que me ajudaram com suas considerações em relação ao meu estudo.

A coordenadora do curso de Fonoaudiologia IELUSC e amiga Ana Paula Duca que se empenhou em me ajudar na concretização do projeto na faculdade e a propiciar o espaço físico e todo o apoio envolvido.

Ao Dr. Norberto Cabral (*In memoriam*) que disponibilizou o banco de dados JOINVASC, peça fundamental na realização da captação dos pacientes para o estudo, pois sem isto seria extremamente difícil a concretização deste projeto.

Às enfermeiras e secretárias do projeto JOINVASC por todo o suporte prestado a execução desta pesquisa.

Às alunas do curso de fonoaudiologia do IELUSC que participaram deste projeto e contribuíram com suas ideias para o aperfeiçoamento de cada etapa deste trabalho.

Aos funcionários da faculdade IELUSC que sempre me ajudaram com muito empenho.

Aos meus amigos, agradeço a amizade e o carinho que sempre me disponibilizaram e me incentivaram a ir adiante.

Aos pacientes e familiares que ajudaram na realização deste projeto, sem vocês nada disto teria sentido.

Ao meus pais, pela sólida formação dada a mim, sempre me apoiando com palavras de ânimo, os meus eternos agradecimentos.

Agradeço a minha irmã, Cibele Abramczuk, que prontamente sanava minhas dúvidas, ajudando-me com sábias palavras.

Agradeço aos meus filhos: Camila e Pedro Henrique pela paciência e espera. Sempre perguntando: “Mãe já acabou com a escrita?”.

E, finalmente, ao meu marido Helbert Lima, que me instigou novamente a traçar o caminho da pesquisa e por nunca desistir de me incentivar a alcançar muito além daquilo que eu mesma sonhava. Foi sempre um companheiro presente e brilhante. Obrigada por mergulhar nesta aventura comigo e pela presença incansável com que me apoiou ao longo do período de elaboração desta tese.

Gostaria de expressar toda a minha gratidão e apreço àqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos, quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico esta tese ao meu esposo Helbert Lima, que me deu forças em todas as etapas desse trabalho, muitas vezes abrindo mão de algo para estar ao meu lado; aos meus filhos Camila e Pedro Henrique que são a razão da minha vida.**

## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais complicações cardiovasculares em todo o mundo. Como consequência, pode ocorrer a afasia, configurada como uma dificuldade de comunicação, tanto na sua parte expressiva, quanto compreensiva. A afasia está presente em 30% dos casos de AVC e a terapia fonoaudiológica em grupo tem demonstrado benefícios na qualidade de vida de pacientes afásicos. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência de afasia em pacientes após o primeiro AVC isquêmico e seus fatores associados. Realizar uma revisão integrativa da literatura para examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia. Investigar o impacto de um programa de terapia grupal de caráter multicomponente sobre a qualidade de vida de pessoas com afasia subaguda relacionada ao acidente vascular cerebral e identificar características sociodemográficas associadas a esta melhora. **MÉTODOS:** Para dar conta desses objetivos, o trabalho está dividido em três capítulos, cada qual organizado em formato de um artigo científico. O capítulo 1 configura-se como um estudo observacional e retrospectivo, baseado no banco de dados JOINVASC realizado na cidade de Joinville/SC, Brasil. Foram selecionados todos os casos de primeiro AVC isquêmico admitidos em um hospital público, situado na mesma cidade de Joinville. O capítulo 2 é uma revisão integrativa sobre a melhora da qualidade de vida de sujeitos afásicos que realizaram terapia fonoaudiológica grupal. Pautou-se em 3 bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medicine Library (PubMed) no mês de abril de 2019, respondendo à pergunta norteadora: *A terapia fonoaudiológica grupal melhora a qualidade de vida do paciente afásico?* O capítulo 3 apresenta um estudo de prova de conceito pré e pós teste, realizado com pacientes com afasia (PCA), diagnosticados há mais de 3 meses, após o primeiro AVC isquêmico, participantes de um grupo de terapia fonoaudiológica com múltiplos componentes. **RESULTADOS:** No artigo 1, a prevalência de afasia foi de 22,6%, os PCA eram mais velhos, com mais severidade no escore do NIHSS, presença de disartria e maior uso de trombolítico mais ocorrências de óbito e intensificação no tempo de internação, em relação ao pacientes sem afasia. No artigo 2, cinco estudos responderam à pergunta norteadora e indicaram que a terapia grupal melhora a qualidade de vida de pessoas com afasia, ampliando sua autoconfiança e



participação social, além de favorecer o seu senso de independência, autonomia, comunicação funcional bem como melhora no humor. No artigo 3, o domínio da comunicação do SAQOL-39 apresentou aumento significativo após terapia grupal. PCAs mais jovens, com um cuidador, que vivem em ambientes com mais pessoas e do sexo feminino exibiram maior escore no domínio comunicação após terapia grupal. PCAs mais jovens e com menor severidade da afasia, apresentaram maior média do escore do domínio psicológico após a terapia em grupo. **CONCLUSÃO:** A afasia é uma complicação comum e com impacto na mortalidade e tempo de internação após um AVC isquêmico. Há evidências indicando que a terapia grupal é promissora em termos de benefícios relacionados à qualidade de vida e à participação social de sujeitos afásicos. A terapia fonoaudiológica em grupo, de caráter multicomponente, voltada a PCAs com mais de 3 meses após AVC, pode contribuir para a melhorar a qualidade de vida dos desses pacientes, especialmente, no domínio da comunicação.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Stroke is one of the major cardiovascular complications in the world. Consequently, aphasia can occur, configured as a communication difficulty, both in the form of expressive and comprehensive impediments. Aphasia is present in 30% of stroke cases and group speech therapy has shown benefits in the quality of life of people with aphasia. **OBJECTIVES:** To evaluate the prevalence of aphasia in patients after the first ischemic stroke and its associated factors. Conduct an integrative literature review to examine the evidence of the effectiveness of group therapy in improving the quality of life of people with aphasia. To investigate the impact of a multicomponent group therapy program on the quality of life of people with subacute stroke-related aphasia and to identify sociodemographic characteristics associated with this improvement. **METHODS:** To address these objectives, the paper is divided into three chapters, each organized in the form of a scientific paper. Chapter 1 is an observational and retrospective study based on the JOINVASC database held in Joinville / SC, Brazil. All cases of first ischemic stroke admitted to a public hospital in the same city of Joinville were selected. Chapter 2 is organized from an integrative review on improving quality of life of aphasic subjects who underwent group speech therapy in 3 databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature on Life Sciences (LILACS) and Public Medicine Library (PubMed) in April 2019 answering the guiding question: Does group speech therapy improve the quality of life of the patient with aphasia? Chapter 3 presents a pre- and post-test proof of concept study conducted with patients with aphasia (PWA) diagnosed more than 3 months after their first ischemic stroke who participated in multi-component speech therapy group. **RESULTS:** In article 1, the prevalence of aphasia was 22.6%, PWA had a higher occurrence of deaths compared to patients without aphasia and longer hospitalization. In article 2, five studies answered the guiding question and indicated that group therapy improves the quality of life of people with aphasia, increasing their self-confidence and social participation, as well as enhancing their sense of independence, autonomy, and improving their mood. In article 3, the communication domain of SAQOL-39 showed a significant increase after group therapy. Younger PWAs with a caregiver who live in more female and female environments exhibited

higher scores in the communication domain after group therapy. Younger PWAs with lower severity of aphasia had higher mean psychological domain score after group therapy. **CONCLUSION:** Aphasia is a common complication and has an impact on mortality and length of stay after ischemic stroke. There is evidence indicating that group therapy is promising in terms of benefits related to the quality of life and social participation PWA. Multicomponent group speech therapy aimed at PWAs older than 3 months after stroke can contribute to improve the quality of life of these patients, especially in the communication domain.

**LISTA DE FIGURAS****ARTIGO 1**

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DA AMOSTRA.....35

**ARTIGO 2**

FIGURA 1- FLUXOGRAMA GERAL SOBRE O PROCESSO DA REVISÃO  
INTEGRATIVA.....41

**ARTIGO 3**

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DO INÍCIO DA TERAPIA E EXCLUSÕES DE  
PACIENTES DO ESTUDO.....66

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

TABELA 1 -CARACTERÍSTICAS GERAIS DE PACIENTES COM PRIMEIRO AVC ISQUÊMICO ADMITIDOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE JOINVILLE / BRASIL 2015 (N=350) .....	28
TABELA 2 - PREDITORES DE AFASIA APÓS O PRIMEIRO AVC ISQUÊMICO ....	29
TABELA 3 - PREDITORES DE MORTALIDADE HOSPITALAR.....	30

### ARTIGO 2

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ARTIGOS.....	43
TABELA 2- CARACTERÍSTICAS DE AVALIAÇÕES E INTERVENÇÕES.....	48

### ARTIGO 3

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PACIENTES COM AFASIA QUE PARTICIPARAM DA TERAPIA EM GRUPO.....	56
TABELA 2 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ANTES E APÓS TERAPIA EM GRUPO MEDIDO PELO SAQOL-39.....	59
TABELA 3 - FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS CORRELACIONANDO COM OS DOMÍNIOS DO SAQOL-39 ANTES E APÓS TERAPIA GRUPAL.....	61

## LISTA DE SIGLAS

- AAT - *Aachen Aphasia Test* - Teste de Afasia de Aachen
- ALA - *Assessment of Living with Aphasia* - Avaliação vivendo com afasia
- ALQI - *Aachen Life Quality Inventory* - Inventário de Qualidade de Vida de Aachen
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- AVCI - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
- AVCH - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
- ASHA FACS - *American Speech-Language and Hearing* - Avaliação da Associação de Comunicação Funcional
- A-FROM- *Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement* Vivendo com Afasia: Estrutura de Medida de Resultado
- CETI- *Communicative Effectiveness Index* - Índice de Eficácia Comunicativa
- CCRSA - *Communication Confidence Rating Scale for Aphasia* - Escala de Confiança de Comunicação para Afasia
- CHANT - *Communication Hub for Aphasia in North Tyneside*
- EuroQol (EQ-5D) - Instrumento genérico da qualidade de vida
- FEIS- *First ever ischemic stroke*
- GDS-SF - *Geriatric Depression Scale Short Form* – Depressão Geriátrica versão reduzida.
- HMSJ - Hospital Municipal São José
- ICAPs – *Intensive Comprehensive Aphasia Programs* - Programa Intensivo Compreensivo de Afasia
- NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- PCA- Pacientes com afasia
- QV - Qualidade de vida
- QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde
- SAQOL-39 - *The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale -39* – item version
- SIS- *Stroke Impact Scale* - Escala do Impacto do AVC
- SWLS - *Satisfaction with Life Scale* - Escala de Satisfação com a Vida.
- TBDA-R- Teste de Boston para Diagnóstico das Afasias Reduzido
- VAMS - *Visual Analog Mood Scales* - Escala de Humor Analógica Visual

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	16
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DE AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA POPULAÇÃO HOSPITALAR NO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO.</b> .....	24
<b>ARTIGO 2. O IMPACTO DE TERAPIAS FONOAUDIOLÓGICAS GRUPAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE SUJEITOS AFÁSICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	37
<b>ARTIGO 3- INFLUÊNCIA DE INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL MULTICOMPONENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA</b> .....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERENCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	77
<b>APÊNDICE B-PROTOCOLO DE PESQUISA</b> .....	78
<b>APÊNDICE C-TERAPIA EM GRUPO POR SESSÃO</b> .....	79
<b>ANEXO A - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL</b> .....	86
<b>ANEXO B-FOLHA DE ANOTAÇÃO DO TESTE DE BOSTON PARA DIAGNÓSTICO DAS AFASIAS REDUZIDO</b> .....	88
<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO SAQOL-39</b> .....	90
<b>ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	91

## APRESENTAÇÃO

Após concluir minha graduação no Centro Universitário Metodista - IPA em Porto Alegre, no ano 2002, mudei-me para a cidade de Joinville por questões profissionais do meu esposo.

Durante toda a minha vida acadêmica, voltei minha atenção para estágios e pesquisas na área de fonoaudiologia hospitalar, dividida em duas grandes áreas: disfagia e afasia. Percebi, então, um profundo desejo de atuar na área da afasia, pois pude perceber o sofrimento dos pacientes relacionado às suas dificuldades na comunicação e me senti instigada a entender mais sobre as formas de recuperação, bem como o prognóstico desta patologia que atinge a linguagem.

Assim, logo após minha graduação, procurei aprofundar meus conhecimentos sobre afasia com um grupo de profissionais, que estudava o acidente vascular cerebral (AVC), e que era referência na cidade de Joinville, nesse assunto.

Entre 2004 e 2006 realizei uma pós-graduação em motricidade orofacial pelo CEFAC, para compreender um pouco mais sobre aspectos que tangem a motricidade oral, explorando a disartria, presente em alguns pacientes com afasia. No ano de 2011, iniciei meu mestrado com o objetivo de estudar aspectos relacionados à linguagem, já que o grande foco dos meus estudos e pacientes era o atendimento e tratamento de afásicos, no consultório. Após 2 anos, terminei meu mestrado sobre "*Fatores relacionados à qualidade de vida em pacientes com afasia*", tendo sido orientada pela Dra. Giselle Massi.

No processo de realização da pesquisa do mestrado, encontrei bastante dificuldade, tanto com a coleta de dados, quanto com a colaboração de todos os envolvidos na pesquisa. Com isso, entendi que ser pesquisador é ser paciente. É preciso aprofundar o assunto objeto do estudo de forma a enfrentar os obstáculos que surgirem, tentando superá-los com a produção de mais dados. Ser pesquisador é almejar o conhecimento. Alçando isso, percebi que todo o esforço e trabalho de pesquisa em campo é recompensador, quando finalizado.

Envolta a esse sentimento, fui surpreendida com a gratificante publicação dos resultados do Mestrado em uma revista internacional *Aphasiology*.

Em 2015, resolvi fazer uma reciclagem em disfagia, na Universidade Tuiuti do Paraná. Pois, parte significativa de pacientes com afasia apresentam disfagia. Na especialização, conheci muitas pessoas, em especial, a Dra. Rosane Sampaio



Santos que me incentivou a continuar meus estudos por meio do Doutorado. Em 2016, um grupo de pesquisadores de Glasgow me convidou para contribuir com os dados de casos apresentados no Mestrado e publicados na Revista *Aphasiology*. Neste momento, passei a participar, como colaboradora, do estudo REhabilitation and recovery of peopLE with Aphasia after StrokeE (RELEASE), que reúne e formula um banco de dados de pacientes com afasia em todo o mundo.

Motivada por ser a única brasileira a participar deste grupo internacional de estudos, diante da relevância da pesquisa realizada no Mestrado, iniciei o Doutorado, sob a orientação da Dra. Giselle Massi, com o objetivo de ampliar a investigação envolvendo a saúde de pacientes com afasia, enfocando o papel que a intervenção fonoaudiológica grupal pode desempenhar na melhoria da qualidade de vida dos pacientes afásicos após AVC Isquêmico.

Para dar conta deste objetivo, organizei a coleta de dados com ajuda de dois estudantes de fonoaudiologia, a partir da criação de grupos de terapia fonoaudiológica na cidade de Joinville. Essa iniciativa foi pioneira na cidade, sendo amplamente divulgada pela instituição IELUSC, onde atualmente sou professora, alcançando reconhecimento por parte dos próprios sujeitos afásicos e seus familiares, outros fonoaudiólogos e diferentes profissionais da saúde.

Como fruto desse trabalho fonoaudiológico grupal, ao final do ano de 2018, os paciente afásicos, juntamente com as alunas envolvidas no projeto, publicaram as histórias contadas pelos pacientes, antes e após o AVC, em forma de livro, realizando um sonho para todos os envolvidos, na medida em que todos puderam assumir a posição de protagonistas dessas histórias.

Com a intenção de discutir este trabalho e conhecer outros grupos e abordagens terapêuticas, juntamente com a minha orientadora, entendi que seria proveitoso, para minha formação, acompanhar outros serviços voltados ao atendimento de pessoas com afasia. Então, realizei o contato com a Dra. Miranda Rose, do serviço de Pesquisa em Excelência em Afasia, na Austrália, em Melbourne. Assim, entre janeiro e junho de 2019, estive no laboratório de afasia, conhecendo o referido serviço. Esses 6 meses foram enriquecedores para minha formação, na medida em que pude acompanhar a organização de estudos multicêntricos relacionados a terapia fonoaudiológica e as possibilidades de pesquisas sobre afasia.

Além disso, tive, também, a oportunidade de discorrer sobre a Fonoaudiologia brasileira para um grupo de pesquisadores australianos, bem como apresentar o estudo que estou desenvolvendo, no Brasil, sobre terapia fonoaudiológica em grupo para pacientes com afasia. A troca estabelecida com outros investigadores foi significativamente construtiva em termos do meu amadurecimento como pesquisadora e aprofundamento na análise dos dados que compõem o meu estudo de doutoramento.

Este trabalho de doutoramento procurou abranger aspectos epidemiológicos da prevalência de afasia e fatores de risco associados a pacientes com afasia após AVC isquêmico, bem como avaliar o impacto da terapia fonoaudiológica grupal na qualidade de vida dos pacientes afásicos relacionando os achados e verificando o momento atual desta temática na literatura.

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo (CABRAL; NAGEL; CONFORTO; AMARAL *et al.*, 2018; DE SANTANA; DOS SANTOS FIGUEIREDO; DE MELO LUCENA; SOARES *et al.*, 2018; FEIGIN; LAWES; BENNETT; BARKER-COLLO *et al.*, 2009), acometendo uma parcela significativa de pessoas, principalmente, as idosas. A afasia é encontrada em um terço das pessoas que têm AVC, sendo definida como uma dificuldade de comunicação, tanto na parte expressiva, quanto compreensiva (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006). Sabe-se que existe um importante impacto na qualidade de vida dos pacientes com afasia, após um AVC (BAUMANN; LE BIHAN; CHAU; CHAU, 2014; CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2011). Poucos estudos têm avaliado o papel da terapia fonoaudiológica em grupo, no que se refere às múltiplas facetas, que, além dos benefícios na comunicação desses sujeitos, interferem na melhora da qualidade de vida dessa parcela da população (LANYON; ROSE; WORRALL, 2013). O desenvolvimento deste estudo levou em consideração a realidade de sujeitos com afasia, residentes na cidade de Joinville, considerando a existência de uma ampla coorte de pacientes com AVC neste município, a qual está em andamento desde 1995 (CABRAL; COUGO-PINTO; MAGALHAES; LONGO *et al.*, 2016).

O AVC tem um impacto direto nos sistemas de saúde, resultando em altos custos, sendo considerado um problema de saúde pública global devido a graves deficiências, limitações funcionais e comprometimento da qualidade de vida (QV) (BAUMANN; LE BIHAN; CHAU; CHAU, 2014). O risco de AVC aumenta em todo o mundo, com o envelhecimento, dobrando a cada década e ocupando posição de destaque entre a população idosa (LLOYD-JONES; ADAMS; BROWN; CARNETHON *et al.*, 2010). No Brasil, mais especificamente em Joinville, situada em Santa Catarina, a incidência de AVC é de 156,2 casos/100.000 habitantes e se compara com a dos países desenvolvidos (CABRAL; LONGO; MORO; AMARAL *et al.*, 1997). No entanto, apesar de estimativas considerarem que um terço dos pacientes com AVC podem apresentar afasia, é difícil reconhecer a real incidência e prevalência da afasia, uma vez que tal reconhecimento depende de como a afasia é concebida (CODE; PETHERAM, 2011).

Com isso, este estudo teve a intenção de verificar a prevalência de pacientes

afásicos na cidade de Joinville, uma vez que este dado não é contemplado em estudos brasileiros. Pois, conhecer sobre a prevalência e compreender os aspectos epidemiológicos da afasia pode auxiliar no planejamento de políticas públicas e melhor estruturação dos atendimentos voltados a estes pacientes, tanto no momento da internação hospitalar, quanto no processo de reabilitação, após a alta. Esse processo, geralmente, é de longa duração, sendo necessário considerar, não só os aspectos da comunicação, mas também a qualidade de vida desses pacientes (ELLIS; SIMPSON; BONILHA; MAULDIN *et al.*, 2012).

A afasia tem impacto negativo na qualidade de vida das pessoas envolvidas e isso é claramente verificável, quando são comparados os pacientes que, após um AVC, não apresentam um quadro afásico. Dessa forma, convém considerar que os pacientes com afasia apresentam uma participação social mais restrita, mais casos de depressão, menor retorno ao trabalho, gerando custos mais altos à área da saúde (SIMMONS-MACKIE; CHERNEY, 2018). Esses pacientes, frequentemente, enfrentam sofrimento emocional pelas limitações comunicativas (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012), com tendência para apresentar ansiedade, solidão e frustração (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2010; DALEMANS; DE WITTE; WADE; VAN DEN HEUVEL, 2010). Os efeitos da afasia podem causar significativas mudanças na qualidade de vida dos sujeitos afetados, (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012), interferindo negativamente na sua saúde individual e, também, na comunidade em que estão inseridos.

A melhora da qualidade de vida, no domínio da comunicação, pode estar relacionada com o tempo transcorrido após AVC, os hábitos de leitura e o nível socioeconômico do sujeito afásico, segundo o estudo de Lima *et al.* (2014). Porém, tais achados não exploraram os efeitos que práticas fonoaudiológicas em grupo podem ter no favorecimento da QV do sujeito afásico.

Estudos demonstram que a terapia grupal tem apontado uma melhora na qualidade de vida relacionada ao domínio comunicação em pacientes afásicos com cuidador (LIMA; MASSI; GUARINELLO; SILVEIRA *et al.*, 2018), bem como na capacidade de comunicação funcional, participação social e bem-estar psicológico (ROSS; WINSLOW; MARCHANT; BRUMFITT, 2006). Observa-se, também, que após a terapia grupal, em geral, há uma redução na depressão (BRUMFITT; SHEERAN, 1997), melhora no humor (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015), redução do sentimento de exclusão social, aumento do

sentimento de pertencimento, confiança e qualidade de vida (LANYON; WORRALL, L.; ROSE, M., 2018; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

São estudos que indicam que a terapia em grupo apresenta vantagens capazes de promover a qualidade de vida para pessoas com afasia. Um exemplo é que o grupo terapêutico incentiva cada integrante a falar e a escutar o outro, ampliando possibilidades para que o sujeito com afasia desenvolva novas formas de comunicação, as quais podem viabilizar interações com outras pessoas em situações da vida real (ELMAN; BERNSTEIN-ELLIS, 1999). Estudos apontam que a terapia individual não se sobressai no resultado, no que tange à comunicação funcional, se comparada à terapia em grupo (BRADY; KELLY; GODWIN; ENDERBY, 2012), além disso, a terapia grupal acaba sendo mais eficiente para o sistema público de saúde, sanando lacunas existentes para tratamento de afásicos de forma mais econômica.

A partir do que foi exposto, convém refletir sobre as intervenções fonoaudiológicas para pessoas com afasia. Sabe-se que este assunto é complexo, desafiador e, ainda, com muitas inconsistências terminológicas. Em razão disso, em 2018, realizamos, por meio dos dados do REhabilitation and recovery of peopLE with Aphasia after Stroke (RELEASE) (ROSE; ALI; ELDERS; GODWIN *et al.*, 2018), a compilação das terapias existentes mundialmente. Foram organizadas leituras de artigos e reuniões, por videoconferência, para a classificação das terapias, chegando-se a um consenso de que existem algumas intervenções terapêuticas categorizadas como no alvo e na abordagem teórica. Com relação as intervenções chamadas no alvo, estas são divididas em: mista, compreensão auditiva, recuperação da palavra, compreensão da leitura e escrita; já as intervenções baseadas na abordagem teórica são divididas em: semântica e/ou fonológica (EFSTRATIADOU; PAPATHANASIOU; HOLLAND; VARLOKOSTA *et al.*, 2019), multimodal (PIERCE; O'HALLORAN; TOGHER; ROSE, 2019), conversação e/ou com cuidador/familiar (SIMMONS-MACKIE; SAVAGE; WORRALL, 2014) terapia melódica (BRADY; KELLY; GODWIN; ENDERBY *et al.*, 2016; FONTOURA; RODRIGUES; BRANDÃO; MONÇÃO *et al.*, 2014), terapia de constrição para afasia, conhecida como *Constraint Induced Aphasia Therapy* (CIAT) (PIERCE; MENAHEMI-FALKOV; O'HALLORAN; TOGHER *et al.*, 2017; ROSE; MOK; CARRAGHER; KATTHAGEN *et al.*, 2016), terapia funcional ou pragmática (BERNSTEIN-ELLIS; ELMAN, 2006; ELMAN, 2007; ELMAN; BERNSTEIN-ELLIS, 1999) e grupos de

afasia da comunidade, conhecidos como Community Aphasia Groups (CAG), que tem como objetivo a conversação, terapia funcional, suporte para problemas sociais e/ou psicológicos, e em educação sobre afasia (ATTARD; LOUPIS; TOGHER; ROSE, 2018).

Ainda é necessário compreender que alguns fatores podem afetar os resultados dos estudos, tais como: intensidade (horas por semana), frequência (número de sessões semanais), duração (tempo do início ao fim do tratamento. Ex. semanas, meses) e dose (número total de horas de terapia) (BRADY; ALI; VANDENBERG; WILLIAMS *et al.*, 2019; ROSE; ALI; ELDERS; GODWIN *et al.*, 2018).

Desta forma, dependendo do tipo de terapia escolhida, esta pode viabilizar um ambiente de comunicação em rede e promover um espaço dialógico de convivência e, conseqüentemente, melhores condições de saúde para as pessoas com afasia. Para que tal reflexão se fortaleça e se materialize, é necessário desenvolver argumentos capazes de estabelecer relações entre terapias fonoaudiológicas grupais e melhoria na qualidade de vida de pessoas com afasia.

Com isso, o presente estudo objetiva: 1) Avaliar a prevalência de afasia em pacientes após o primeiro AVC isquêmico e seus fatores associados; 2) realizar uma revisão integrativa da literatura para examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia 3) investigar o impacto de um programa de terapia grupal de caráter multicomponente, na qualidade de vida de pacientes com afasia subaguda relacionada ao AVC, identificando características sociodemográficas associadas. Tais achados podem auxiliar na melhor definição das características e abordagens do grupo terapêutico, na ampliação do cuidado e reconhecimento das necessidades do paciente afásico, bem como no gerenciamento e planejamento de serviços a serem desenvolvidos com tal paciente. Com esse entendimento, cabe esclarecer que o presente trabalho organiza-se a partir da apresentação de três artigos científicos.

O artigo 1, intitulado “**PREVALÊNCIA DE AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA POPULAÇÃO HOSPITALAR NO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO**”, foi publicado na Revista Topics in Stroke Rehabilitation em novembro de 2019.

O artigo 2, intitulado **“O IMPACTO DE TERAPIAS FONOAUDIOLÓGICAS GRUPAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE SUJEITOS AFÁSICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA”**, será encaminhado para a revista Saúde Pública.

O artigo 3, intitulado **“INFLUÊNCIA DE INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL MULTICOMPONENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA”** será encaminhado à Revista Aphasiology.

**ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DE AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA POPULAÇÃO HOSPITALAR NO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO.**

**INTRODUÇÃO:** Este é o primeiro estudo brasileiro que retrata a prevalência de Afasia e fatores relacionados após um primeiro acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, em um hospital público de referência para doenças neurológicas no sul do Brasil. Essa informação é vital para planejar adequadamente os serviços hospitalares e de saúde para essa população altamente vulnerável. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência de afasia em pacientes após o primeiro AVC isquêmico e seus fatores associados. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, baseado no banco de dados JOINVASC realizado na cidade de Joinville, Brasil. Foram selecionados todos os casos de primeiro AVC isquêmico admitidos em um hospital público de referência para AVC no ano de 2015. O diagnóstico de AVC e a presença de afasia foram constatados por neurologista, sendo a afasia por meio do item linguagem da escala de severidade de AVC, NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*). **RESULTADOS:** A amostra foi de 350 casos de primeiro AVC isquêmico (76,1% do total de AVC isquêmicos da cidade). A prevalência de afasia foi de 22,6% (79 pacientes). Pacientes com afasia eram mais velhos, com presença de disartria, com uso de trombolítico e maior severidade no escore do NIHSS e prejuízo das atividades da vida diária (índice Barthel e escala de Rankin Modificado). Pacientes com afasia apresentaram maior ocorrência de óbitos em relação aos pacientes sem afasia (24,1% versus 10,7%;  $p=0,004$ ) e maior tempo de internação (21,3 dias versus 17,4 dias;  $p=0,009$ ). A maior gravidade pelo escore de NIHSS foi um preditor independente para a ocorrência de afasia na admissão (OR 1,24; IC 95% 1,17-1,31;  $p<0,001$ ). Já para a ocorrência de óbito intra hospitalar apenas o aumento da idade (OR 1,06; IC 95% 1,03-1,09;  $p<0,001$ ) e da gravidade pelo NIHSS (OR 1,19; IC 95% 1,12-1,25;  $p<0,001$ ) foram preditores independentes para o desfecho. **CONCLUSÃO:** A afasia é uma complicação comum e com impacto na mortalidade e tempo de internação após um AVC isquêmico. Novos estudos são importantes para avaliar os fatores associados com tais impactos e que podem estar relacionados diretamente a afasia.

**PALAVRAS** Afasia, prevalência, acidente vascular cerebral



## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais complicações cardiovasculares em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, ocorreram 176.273 internações por doenças cerebrovasculares no ano de 2018 (DATASUS, 2018). Dentre as complicações relacionadas ao AVC, estima-se que 30% dos pacientes apresentam alguma alteração da linguagem ou da fala (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006). Fatores como idade, severidade, etiologia e sequelas motoras presentes após um AVC tem sido apontados como alguns dos fatores relacionados a presença de afasia (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006; FLOWERS; SILVER; FANG; ROCHON *et al.*, 2013; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008). No entanto, pouco se sabe sobre sua prevalência e fatores relacionados após um acidente vascular cerebral no Brasil. Essa informação é vital para planejar adequadamente os serviços hospitalares e de saúde para essa população altamente vulnerável.

Internacionalmente, estudos tem demonstrado que a afasia apresenta uma prevalência entre 15,2% a 42% após um AVC (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; URBAN, 2016; FLOWERS; SILVER; FANG; ROCHON *et al.*, 2013; FLOWERS; SKORETZ; SILVER; ROCHON *et al.*, 2016; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008; KADOJIC; BIJELIC; RADANOVIC; POROBIC *et al.*, 2012). Percebe-se uma ampla variação da prevalência nestes estudos o que pode estar relacionado ao momento em que a afasia foi caracterizada, ao tipo de AVC considerado ou a população estudada. Sabe-se que a afasia está relacionada à maior incidência de quedas no hospital (SULLIVAN; HARDING, 2019), maior tempo de internação hospitalar (ELLIS; SIMPSON; BONILHA; MAULDIN *et al.*, 2012), prevalência de depressão duas vezes maior quando comparados aos pares de AVC não-afásicos (KAUHANEN; KORPELAINEN; HILTUNEN; MAATTA *et al.*, 2000), e piora na qualidade de vida (BAUMANN; LE BIHAN; CHAU; CHAU, 2014). Entre os fatores relacionados a presença de afasia após um AVC, a idade mais avançada e a gravidade do AVC tem sido apontados como importantes fatores relacionados a sua ocorrência (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; URBAN, 2016; PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Outros preditores para a presença de afasia também incluem, presença de fibrilação atrial (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA;

FREI *et al.*, 2006; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008) e uso de trombolítico (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006). Alguns estudos tem apontado o sexo feminino como um preditor para afasia após AVC (BERSANO; BURGIO; GATTINONI; CANDELISE, 2009; KYROZIS; POTAGAS; GHIKA; TSIMPOURIS *et al.*, 2009) no entanto, recente metanálise não tem evidenciado clara associação (WALLENTIN, 2018). Já quanto considerado apenas AVC isquêmico, os eventos de etiologia cardioembólica tem sido relacionado a maior ocorrência de afasia (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006; KADOJIC; BIJELIC; RADANOVIC; POROBIC *et al.*, 2012).

Considerando a tendência de maior envelhecimento da população de países em desenvolvimento (ROSEMBACK; RIGOTTI; FEITOSA; MONTEIRO, 2017) e que a idade avançada está associada tanto com um maior risco para AVC (ELLIS; URBAN, 2016) quanto para a ocorrência de afasia (DICKY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; URBAN, 2016), o conhecimento da prevalência da afasia pode despertar a necessidade de um melhor entendimento do seu impacto tanto no âmbito hospitalar quanto para planejamento das práticas de reabilitação.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de afasia e fatores preditores para sua ocorrência, bem como investigar se a afasia está relacionada com a fatalidade de pacientes com primeiro episódio de AVC isquêmico, encaminhados para um hospital público de referência para doenças neurológicas no sul do Brasil.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, baseado no banco de dados JOINVASC realizado na cidade de Joinville, Brasil. JOINVASC é um banco de dados proveniente de uma coorte de todos os casos de AVC em andamento desde 2005 em Joinville (CABRAL, N. L.; GONÇALVES, A. R. R.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. C. *et al.*, 2009). Joinville é uma cidade no sul do Brasil com cerca de 580 mil habitantes segundo o último censo nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). A cidade possui um hospital público com tomografia, neurologistas e uma unidade multidisciplinar para atendimento de AVC no qual a maioria dos casos de AVC são referenciados para este local. Foram selecionados todos os casos de primeiro AVC isquêmico admitidos neste hospital no ano de 2015. O diagnóstico de AVC foi confirmado por um neurologista com base

nos achados clínicos e de imagem, conforme definidos pela organização mundial de saúde (TRUELSEN; HEUSCHMANN; BONITA; ARJUNDAS *et al.*, 2007). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local n. 2.611.745 e todos os indivíduos, ou o seu representante legal, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### *Diagnóstico de Afasia e Demais Variáveis Estudadas*

Todos os pacientes foram avaliados pelo neurologista através da escala de severidade do AVC no momento da admissão hospitalar (*National Institute of Health Stroke Scale* - NIHSS). O NIHSS, em um dos seus 11 itens, apresenta um item específico para a avaliação da linguagem. Neste item da linguagem são utilizados figuras padronizadas para testar a expressão oral e nomeação de objetos, bem como a leitura (NIHSS, 1999-2010). A presença de afasia foi definida através de alguma alteração neste item de linguagem do NIHSS, que compreende de 1 a 3, sendo 1 alteração leve e 3 mutismo.

Informações quanto à idade, ao gênero, às comorbidades prévias com base no auto-relato do paciente e o nível de escolaridade, também foram coletados. O nível econômico foi avaliado através de um questionário padronizado para quantificar a renda familiar (classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa, ABEP) (ABEP, 2016). A classificação econômica ABEP é dividido em oito classes econômicas com base na renda familiar, na escolaridade e bens de consumo no domicílio. A etiologia do AVC isquêmico foi classificada de acordo com *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST) modificado (ADAMS; BENDIXEN; KAPPELLE; BILLER *et al.*, 1993). O Índice de Barthel (IB) e a Escala de Rankin Modificado (ERM) foram utilizadas para medir a incapacidade ou dependência para atividades da vida diária (SULTER; STEEN; DE KEYSER, 1999). O tempo de internação foi considerado desde a chegada ao pronto-socorro até a data da alta do hospital. A mortalidade intra-hospitalar foi considerada independente da causa durante a mesma hospitalização após o diagnóstico de AVC.

#### **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

As variáveis quantitativas foram apresentadas pela sua média e desvio padrão. As variáveis qualitativas pelo número absoluto e porcentagem. Para comparar as médias entre indivíduos com ou sem afasia foi utilizado o teste t student ou Mann Whitney conforme a distribuição da variável. Já para comparar as distribuições das frequências foi utilizado o teste qui quadrado. Todas as variáveis

estudadas foram avaliadas através de regressão logística de forma univariada para ocorrência de afasia. Todas as variáveis com valor de  $p < 0,200$  foram consideradas no modelo multivariado para prever risco de afasia na admissão. As análises foram realizadas através do software SPSS versão 23.

## RESULTADOS

Foram diagnosticados 498 casos de primeiro AVC em toda a cidade em 2015, sendo 92 % isquêmicos e 8% hemorrágicos. Dos 460 pacientes com primeiro AVC isquêmico, 81 (17,6%) foram admitidos em hospitais privados, 373 (81,1%) em hospitais públicos e 6 (1,3%) diagnosticados durante atendimento ambulatorial e sem necessidade de internação. Dos hospitais públicos, 366 pacientes foram admitidos no Hospital Municipal São José, correspondendo a 79,6 % dos casos de primeiro AVC isquêmico na cidade. Foram excluídos 16 pacientes com ausência de avaliação de gravidade pelo NIHSS, sendo a amostra final 350 pacientes, correspondendo 76% de primeiro AVC isquêmico na cidade (ver figura 1).

A média de idade da amostra geral foi de  $66,76 \pm 13,22$  anos, sendo 48,9% do sexo masculino. Setenta e nove pacientes (22,6%) apresentaram afasia. Em relação aos pacientes sem afasia, indivíduos com afasia eram mais velhos (65,86 versus 69,84;  $p=0.025$ ), maior severidade no escore do NIHSS (9,2% versus 51,9%;  $p < 0.001$ ) maior presença de disartria (24,7% versus 49,4%;  $p < 0,001$ ) e maior uso de trombolítico (9,6% versus 24,1%;  $p = 0.001$ ). Em relação ao prejuízo das atividades de vida diária avaliada pelo índice de Barthel e a escala de Rankin Modificado, ambas demonstraram maior déficit nos indivíduos com afasia em relação aqueles sem afasia. A presença de diagnóstico prévio de dislipidemia foi menor em pacientes com afasia em relação aqueles sem afasia (57% versus 70,5%;  $p < 0,034$ ). Pacientes com afasia apresentaram maior ocorrência de óbitos em relação aos pacientes sem afasia (24,1% versus 10,7% respectivamente;  $p=0,004$ ). Quanto ao tempo de internação, os indivíduos com afasia apresentaram maior mediana do tempo em relação aos pacientes sem afasia (21,32 dias versus 17,46 dias, respectivamente;  $p=0,009$ ). Em relação a etiologia do AVC isquêmico, quando avaliado pela classificação TOAST, houve diferença entre a distribuição das causas de AVC entre os pacientes com e sem afasia. Outros achados são apresentados na Tabela 1.

**TABELA 1.** Características gerais de pacientes com primeiro AVC isquêmico admitidos em hospital público de Joinville / Brasil 2015 (n=350)

Variáveis	Total da amostra (n=350)		Sem afasia (n= 271)		Com afasia (n=79)		p Value	
	Frequência ou média	% or DP	Frequência ou média	% or DP	Frequência ou média	% or SD		
<b>Gênero, masculino</b>	171	48,9%	128	47,2	43	54,4%	0,318	
<b>Idade</b>	66,76	13,22	65.86	12,92	69,84	13,88	0,025	
<b>NIHSS</b>							<0,001	
	<=3	160	45,7%	150	55,4%	10	12,7%	
	4-10	124	35,4%	96	35,4%	28	35,4%	
	>10	66	18,9%	25	9,2%	41	51,9%	
<b>Disatria</b>	106	30,3%	67	24,7%	39	49,4%	<0,001	
<b>mRankin* admissão</b>							<0,001	
	0-2	154	44%	138	50,9%	16	20,3%	
	3-5	196	56%	133	41,9%	63	79,7%	
<b>mRankinalta</b>							<0,001	
	0-2	221	63,1%	188	69,4%	33	41,8%	
	3-5	98	28,0%	66	24,4%	32	40,5%	
	6	31	8,9%	17	6,3%	14	17,7%	
<b>Barthel ** admissão</b>							<0,001	
	<40	114	32,6%	63	23,2%	51	64,6%	
	40-60	16	4,6%	12	4,4%	4	5,1%	
	60-85	137	39,1%	117	43,2%	20	25,3%	
	>=85	83	23,7%	79	29,2%	4	5,1%	
<b>Barthelalta</b>							<0,001	
	<40	80	22,9%	45	16,6%	35	44,3%	
	40-60	15	4,3%	11	4,1%	4	5,1%	
	60-85	109	31,1%	83	30,6%	26	32,9%	
	>=85	146	41,7%	132	48,7%	14	17,7%	
<b>Educação, anos</b>							0,879	
	<=4	260	74,3%	200	73,8%	60	75,9%	
	5-8	41	11,7%	33	12,2%	8	10,1%	
	>8	49	14,0%	38	14,0%	11	13,9%	
<b>Classe econômica ***</b>							0,938	
	B1-B2	70	20%	54	19,9%	16	20,3%	
	C1	116	33,1%	92	33,9%	24	30,4%	
	C2	103	29,4%	79	29,2%	24	30,4%	
	D-E	61	17,4%	46	17,0%	15	19,0%	
<b>Trombolítico</b>	45	12,9%	26	9,6%	19	24,1%	0,001	
<b>TOAST Classificação</b>							0,001	
	Arterotrombótico	48	13,7%	32	11,8%	16	20,3%	
	Cardioembólico	58	16,6%	43	15,9%	15	19,0%	
	Lacunar	106	30,3%	96	35,4%	10	12,7%	
	Outros	138	39,4%	100	36,9%	38	48,1%	
<b>Comorbidades</b>								
	Hipertensão	244	69,7%	191	70,5%	53	67,1%	0,661
	Diabetes	107	30,6%	89	32,8%	18	22,8%	0,117
	Dislipidemia	236	67,4%	191	70,5%	45	57,0%	0,034
	Isquemia cardíaca	31	8,9%	20	7,4%	11	13,9%	0,115
	Fibrilação Arterial	14	4,0%	11	4,1%	3	3,8%	1,000
	Fumante atual ou ex	183	52,3%	142	52,4%	41	51,9%	1,000
	Mortes	48	13,7%	29	10,7%	19	24,1%	0,004
<b>Tempo de internação, dias</b>	16,33	14,67	17,46	14,52	21,32	14,92	0,009	

Rankin 0-2- sem sintomas ou leve comprometimento motor, 3-5 moderada ou severo comprometimento motor) \*\* Barthel (<40: cuidado constante; > 85 independência quase completa); \*\*\*Classe econômica (B1 a B2: R\$4 mil reais/mês; C1: R\$2700/mês; C2: R\$1624/mês; D a E: R\$192/mês in 2015). Salário mínimo2015= R\$778 reais.

A idade avançada, a maior gravidade no NIHSS, a presença dislipidemia, disartria e as demais etiologias do AVC isquêmico em relação a etiologia lacunar

foram preditores para a ocorrência de afasia na análise univariada. Já na análise multivariada apenas a maior gravidade pelo escore de NIHSS foi um preditor independente para a ocorrência de afasia na admissão (OR 1,24; IC 95% 1,17-1,31;  $p < 0,001$ ), conforme Tabela 2.

**TABELA 2.** Preditores da afasia após primeiro AVC isquêmico

Variáveis	Análise Univariada			Análise Multivariada <sup>*</sup>		
	OR	95% CI	<i>p value</i>	OR	95% CI	<i>p value</i>
Idade, anos	1,02	1,00-1,04	0,019	1,02	0,98-1,03	0,637
Gênero, masculino	1,33	0,81-2,21	0,261	1,64	0,89-3,01	0,113
NIHSS	1,24	1,17-1,31	<0,001	1,24	1,17-1,31	<b>&lt;0,001</b>
Hipertensão, sim	0,85	0,50-1,46	0,564			
Diabetes, sim	0,60	0,34-1,08	0,090			
Fumanteou ex	0,98	0,59-1,62	0,938			
Dislipidemia, sim	0,55	0,33-0,93	0,025			
Cardiopatía isquêmica, sim	2,03	0,93-4,44	0,076			
Fibrilação arterial, sim	0,93	0,25-3,43	0,917			
Disartria, sim	2,97	1,76-4,99	<0,001			
TOAST						
<b>Lacunar</b>	1,00					
<b>Aterotrombótico</b>	4,80	1,98-11,64	0,001			
<b>Cardioembólico</b>	3,35	1,39-8,05	0,007			
<b>Outros</b>	3,65	1,72-7,23	0,001			
Classe Econômica						
<b>B1-B2</b>	1,00					
<b>C1</b>	0,88	0,43-1,80	0,728			
<b>C2</b>	1,02	0,50-2,11	0,946			
<b>D-E</b>	1,10	0,49-2,47	0,816			
Educação, anos						
<b>&lt;=4</b>	1,00					
<b>5-8</b>	0,81	0,35-1,84	0,612			
<b>&gt; 8</b>	0,96	0,46-2,00	0,924			

\* Incluídos no modelo: idade, sexo (masculino), NIHSS, diabetes (sim), dislipidemia (sim), cardiopatía isquêmica (sim), disartria (sim) e classificação TOAST.

\* por regressão logística

Quando considerado os preditores para ocorrência de óbito intrahospitalar após o primeiro AVC isquêmico, apenas o aumento da idade e da gravidade pelo NIHSS foram preditores independentes para o desfecho. Os pacientes com etiologia lacunar do AVC isquêmico não apresentaram nenhum óbito intrahospitalar. A

presença de afasia foi associada ao óbito apenas na análise univariada (OR 2,90; IC 95% 1,49-5,66;  $p=0,002$ ), conforme Tabela 3.

**TABELA 3.** Preditores de mortalidade hospitalar

Variáveis	Análise Univariada			Análise Multivariada*		
	OR	95% CI	Valor p	OR	95% CI	Valor p
Idade, anos	1.07	1.04-1.11	<0.001	1.06	1.03-1.09	<0.001
Gênero, masculino	0.72	0.38-1.38	0.329	0.94	0.43-2.05	0.877
NIHSS	1.19	1.14-1.26	<0.001	1.19	1.12-1.25	<0.001
Trombolítico, sim	2.35	1.07-5.19	0.034			
Hipertensão, sim	1.14	0.56-2.32	0.717			
Diabetes, sim	0.66	0.31-1.38	0.269			
Fumante ou ex	0.69	0.36-1.31	0.258			
Dislipidemia, sim	0.51	0.27-0.97	0.040			
Cardiopatia isquêmica, sim	2.82	1.17-6.79	0.021			
Fibrilação arterial, sim	3.05	0.91-10.18	0.070			
Afasia, sim	2.90	1.49-5.66	0.002			
TOAST						
<b>Lacunar</b>	1.00					
<b>Aterotrombótico</b>	3.99	0.91-17.45	0.066			
<b>Cardioembólico</b>	4.71	1.17-18.99	0.029			
<b>Outros</b>	8.74	2.58-29.62	<0.001			

\* Ajustado por: idade, sexo (masculino), NIHSS, Trombolítico (sim), diabetes (sim), dislipidemia (sim), cardiopatia isquêmica (sim), afasia (sim) e classificação TOAST.

\* por regressão logística

## DISCUSSÃO

Até onde nossa revisão foi possível, este é o primeiro estudo brasileiro que retrata a prevalência da afasia através da escala do NIHSS em pacientes após o primeiro AVC isquêmico. Apesar dos pacientes com afasia apresentarem maior gravidade do AVC isquêmico, a presença de afasia não se manteve como um preditor independente para ocorrência de óbitos intrahospitalares. A severidade do AVC foi um preditor independente para a ocorrência de afasia, da mesma forma que foi um preditor para a mortalidade intrahospitalar, junto com a idade mais avançada.

Nosso estudo demonstra uma presença de afasia após o diagnóstico de AVC isquêmico semelhante a outros estudos que se basearam em uma população restrita a um hospital. Indivíduos com primeiro AVC isquêmico de um hospital em um país também da América do Sul, Chile, a prevalência foi de 19,7% de casos de afasia (GONZALEZ MC; LAVADOS; OLAVARRIA, 2017). A variação da prevalência da

afasia após um AVC é reportada em alguns estudos prévios (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; URBAN, 2016; FLOWERS; SILVER; FANG; ROCHON *et al.*, 2013; FLOWERS; SKORETZ; SILVER; ROCHON *et al.*, 2016; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008; KADOJIC; BIJELIC; RADANOVIC; POROBIC *et al.*, 2012). Esta variação pode estar relacionada ao tipo de método utilizado para avaliar a presença de afasia, profissional que realizou a avaliação, o momento em que a avaliação foi realizada, o tipo de AVC considerado e se recorrente ou não (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008; PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Estudos demonstraram que pode existir uma maior prevalência de afasia quando a avaliação é feita por um fonoaudiólogo (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006; KADOJIC; BIJELIC; RADANOVIC; POROBIC *et al.*, 2012).

Além disso, muitos estudos não diferenciaram quanto a etiologia do AVC para a determinação da prevalência de afasia (KYROZIS; POTAGAS; GHIKA; TSIMPOURIS *et al.*, 2009; LASKA; HELLBLOM; MURRAY; KAHAN *et al.*, 2001; PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Nosso estudo demonstrou uma presença importante de afasia considerando apenas pacientes com AVC de etiologia isquêmica e sem eventos prévios.

A necessidade de melhor caracterizar a população a ser estudada ainda é mais importante quando se avalia preditores relacionados com a presença de afasia após um AVC. Em nosso estudo, os indivíduos com afasia eram mais idosos, com maior gravidade do AVC. A idade mais avançada tem sido relacionada com a maior presença de afasia após um AVC (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; URBAN, 2016; ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006; KADOJIC; BIJELIC; RADANOVIC; POROBIC *et al.*, 2012; PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Parte desta relação pode estar associada a maior gravidade do AVC em pacientes mais idosos (ELLIS; URBAN, 2016) e o local da lesão que envolve mais frequentemente a área cerebral posterior, ou seja, relacionada a afasia de Wernicke (ELLIS; URBAN, 2016). Além disso, pacientes idosos já apresentam algum declínio de linguagem relacionado ao próprio envelhecimento (SHAFTO; TYLER, 2014), o que poderia ser agravado após um AVC com comprometimento da linguagem. A presença de afasia está associada a maior severidade do AVC isquêmico (INATOMI; YONEHARA; OMIYA;



HASHIMOTO *et al.*, 2008) também tem sido relacionado a presença de outras sequelas motoras encontradas no momento do AVC (BERSANO; BURGIO; GATTINONI; CANDELISE, 2009; FLOWERS; SKORETZ; SILVER; ROCHON *et al.*, 2016). Já em relação ao gênero, alguns estudos sugerem uma maior prevalência de afasia em mulheres (BERSANO; BURGIO; GATTINONI; CANDELISE, 2009; KYROZIS; POTAGAS; GHIKA; TSIMPOURIS *et al.*, 2009), porém com evidência ainda conflitante (WALLENTIN, 2018). Nosso estudo não encontrou diferença da prevalência de afasia quando considerado o gênero. Além disso, nosso estudo também encontrou um maior número de indivíduos com afasia que foram submetidos a terapia trombolítica. Esta maior necessidade de terapia trombolítica em pacientes com afasia em nosso estudo, corrobora com tal associação da severidade do evento isquêmico em indivíduos com alteração da linguagem na chegada. Devido ao delineamento de nosso estudo, não foi possível avaliar o efeito do tratamento trombolítico diretamente na recuperação da afasia em relação a chegada.

Outro achado encontrado em nosso estudo foi uma importante presença de disartria entre os indivíduos com afasia. Em um estudo realizado na Inglaterra, também com o uso da escala de gravidade NIHSS, com cerca de 150 mil pacientes admitidos por AVC, a disartria foi encontrada em 21% dos casos com afasia (BOWEN; GITTINS; VAIL; CONROY *et al.*, 2018). A presença elevada de disartria em pacientes com AVC tem sido demonstrada em outros estudos (FLOWERS; SILVER; FANG; ROCHON *et al.*, 2013; URBAN; ROLKE; WICHT; KEILMANN *et al.*, 2006); no entanto, sua alta prevalência em pacientes com afasia chamou atenção em nosso estudo. A disartria tem sido mais frequentemente relacionada a pacientes com lesões no hemisfério esquerdo (URBAN; ROLKE; WICHT; KEILMANN *et al.*, 2006) e associada ao subtipo lacunar de acidente vascular cerebral isquêmico (KUMRAL; CELEBISOY; CELEBISOY; CANBAZ *et al.*, 2007). Portanto, não surpreende que tenhamos visto uma alta prevalência de disartria em nossos pacientes, uma vez que o acidente vascular cerebral isquêmico lacunar foi o segundo maior subtipo encontrado em nosso estudo. Não foi possível avaliar o subtipo ou gravidade da disartria neste estudo.

A gravidade do evento isquêmico foi relacionada de forma independente com a ocorrência de afasia em nosso estudo, como já demonstrado em outros estudos (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; PEDERSEN; JORGENSEN;

NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Quando avaliado o impacto da afasia com relação ao prognóstico do AVC isquêmico, nosso estudo encontrou uma maior letalidade do AVC em pacientes com afasia; no entanto, a afasia não foi associada de forma independente com a mortalidade. A associação da presença de afasia com a maior letalidade do AVC não tem sido encontrada de forma constante (BERSANO; BURGIO; GATTINONI; CANDELISE, 2009; DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; FLOWERS; SKORETZ; SILVER; ROCHON *et al.*, 2016; PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Acreditamos que o impacto da afasia sobre a mortalidade intrahospitalar após o AVC acaba diminuindo sua força quando considerado outras complicações associadas a maior severidade do evento isquêmico neste grupo. Em nosso estudo, devido à natureza retrospectiva, não foi possível uma maior análise de outros fatores, tais como disfagia e complicações infecciosas, que poderiam estar influenciando nesta ausência de associação de forma independente entre a afasia e letalidade após AVC isquêmico.

Encontramos um maior tempo de internação entre os pacientes com afasia em relação aqueles sem afasia. Tal associação tem sido demonstrada em outros estudos (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; SIMPSON; BONILHA; MAULDIN *et al.*, 2012) e pode estar relacionado a maior gravidade do AVC e comorbidades entre os pacientes com afasia (ELLIS; SIMPSON; BONILHA; MAULDIN *et al.*, 2012; FLOWERS; SKORETZ; SILVER; ROCHON *et al.*, 2016). Este tempo de internação foi maior em nossos achados em relação a estudos semelhantes (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; ELLIS; SIMPSON; BONILHA; MAULDIN *et al.*, 2012). Esta diferença em relação a estudos prévios, em parte pode estar relacionada a possíveis limitações de recursos do hospital considerado em nosso estudo, além deste grupo de pacientes com afasia se caracterizar com mais comorbidades, severidade e risco de quedas durante a internação (SULLIVAN; HARDING, 2019). Mesmo assim, tal achado suscita a necessidade de maior investigação de como a dificuldade da comunicação pode interferir de forma direta na compreensão do paciente com relação aos seus outros déficits e comunicação com os demais membros da equipe médica retardando a alta hospitalar.

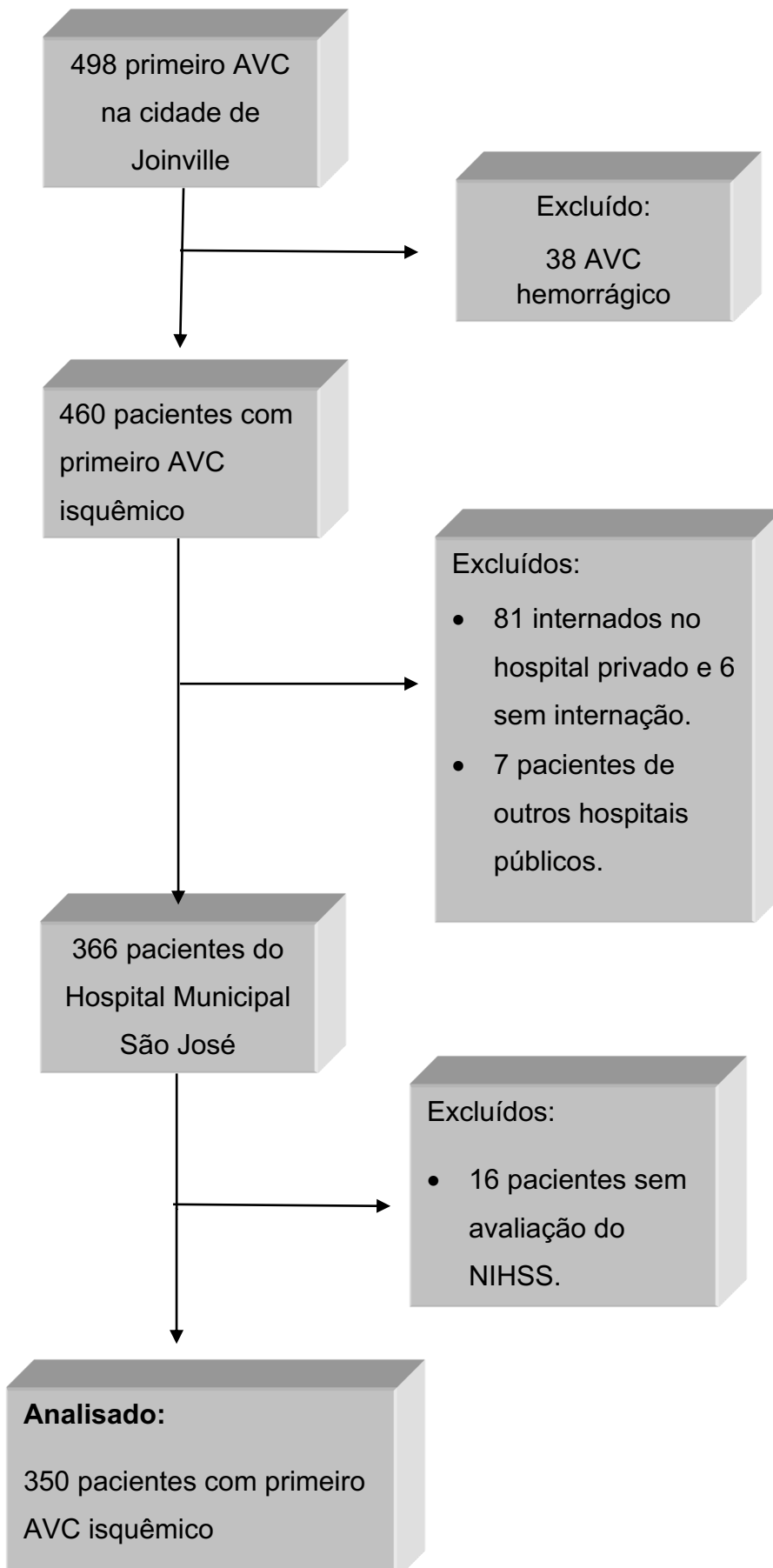
#### *Limitações do estudo*

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o diagnóstico de afasia foi baseado em uma escala de gravidade (NIHSS) e que, apesar de contemplar

alguns quesitos básicos da comunicação, não avalia a parte escrita. No entanto a escala de severidade NIHSS é amplamente utilizada em muitos estudos como uma avaliação inicial de afasia (BOWEN; GITTINS; VAIL; CONROY *et al.*, 2018; HILLIS; BEH; SEBASTIAN; BREINING *et al.*, 2018; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008). Segundo a avaliação foi realizada apenas por médico e durante a chegada na admissão do paciente. Sabe-se que a presença de afasia pode sofrer influência durante a evolução do paciente internado (DICKEY; KAGAN; LINDSAY; FANG *et al.*, 2010; INATOMI; YONEHARA; OMIYA; HASHIMOTO *et al.*, 2008) e testes ampliados para avaliação da afasia por um fonoaudiólogo poderia melhor estratificar quanto a severidade e presença de afasia. Além disso, a prevalência de afasia foi baseada em uma população hospitalar. Mesmo assim, trata-se de um estudo com diagnóstico de AVC bem definido através de sintomatologia, método de imagem e avaliação especializada por neurologista e que corresponde a uma amostra expressiva dos casos de AVC na cidade estudada. Os preditores avaliados foram considerados em uma amostra exclusiva de AVC isquêmica e sem outras sequelas de comunicação presentes em outros eventos prévios.

## **CONCLUSÃO**

Este primeiro estudo de prevalência de afasia após AVC isquêmico em uma amostra da população brasileira pode contribuir para a necessidade de explorar de forma mais direcionada estudos avaliando o impacto que a alteração da comunicação acarreta no paciente afásico após um AVC. No que tange tanto o aspecto do atendimento fonoaudiológico quanto da equipe multidisciplinar, a necessidade de melhor compreender como a afasia pode alterar as rotinas habituais dos cuidados no ambiente hospitalar entre paciente e equipe assistencial, bem como seus impactos diretos e indiretos. Perceber que a afasia é uma complicação relativamente comum após AVC isquêmico, pode estimular o aprimoramento de protocolos e condutas mais adaptadas para indivíduos com prejuízo na sua comunicação no entendimento da sua doença. Este estudo, portanto, permite afirmar que a prevalência de afasia em paciente pós AVC isquêmico em um hospital público de referência na cidade de Joinville, é de 22,6%.

**FIGURA 1. FLUXOGRAMA DA AMOSTRA**

## **ARTIGO 2. O IMPACTO DE TERAPIAS FONOAUDIOLÓGICAS GRUPAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE SUJEITOS AFÁSICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** As terapias grupais podem fornecer benefícios psicossociais ao sujeito afásico, mais possibilidades para conversação, aumento da participação social, confiança, estabelecimento de amizades e redução de depressão.

**OBJETIVO:** O presente estudo objetiva realizar uma revisão integrativa da literatura para examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia. **MÉTODOS:** foi realizada pesquisa nos bancos de dados: SciELO, LILACS e PubMed no mês de dezembro de 2019 nos últimos 15 anos. Foram incluídos artigos que responderam à pergunta norteadora: *A terapia fonoaudiológica grupal melhora a qualidade de vida do paciente afásico?* Os dados extraídos das publicações incluíram: características do estudo, perfil dos participantes, estratégias terapêuticas, características das avaliações, características de intervenção e tempo de terapia. **RESULTADOS:** A média de participantes foi de variou entre 27 a 34. A média da idade dos participantes dos estudos variou entre 56 a 68. O gênero masculino foi predominante entre os estudos. O tempo médio após o AVC foi de 4 a 60,8 meses. Quanto aos instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida, foram utilizados o SAQOL-39, o EuroQol (EQ-5D), o *Stroke Impact Scale* (SIS), o *Assessment of Living with Aphasia* (ALA), *Aachen Life Quality Inventory* (ALQI), *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Os estudos indicaram que a terapia grupal melhora a qualidade de vida de pessoas com afasia, ampliando sua autoconfiança e participação social, favorecendo o seu senso de independência e autonomia, bem como a comunicação funcional e o humor. **CONCLUSÃO:** Há evidências indicando que a terapia grupal é promissora em termos de benefícios relacionados à qualidade de vida e a participação social de sujeitos afásicos. No entanto, pesquisas randomizadas adicionais com amostras maiores e grupos controle apropriados são necessárias para consolidar tais evidências e aumentar o nível de confiança desses achados.

**PALAVRAS-** afasia, terapia em grupo, qualidade de vida

## INTRODUÇÃO

Existe uma necessidade premente de entender como intervenções em grupo influenciam a qualidade de vida de pacientes afásicos, especificamente no que concerne aos aspectos comunicacionais, psicológicos, físicos e sociais. (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012). Alguns estudos verificaram que a intensidade da terapia tem se mostrado um fator importante na reabilitação (BRADY; KELLY; GODWIN; ENDERBY *et al.*, 2016; HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; ROSE; CHERNEY; WORRALL, 2013). Porém, é preciso entender de forma mais aprofundada o papel da terapia grupal na qualidade de vida dos pacientes com afasia.

Estudar a qualidade de vida, bem como fatores demográficos e clínicos associados a afasia se faz necessário visto que essa patologia tem impacto mais negativo na saúde do que o câncer e a doença de Alzheimer (LAM; WODCHIS, 2010). Em termos dos prejuízos na linguagem e de outras áreas que incidem na qualidade de vida, após o sujeito ficar afásico, uma revisão sistemática sintetizou evidências de 14 estudos que indicam que após a afasia, a saúde é afetada, há sofrimento emocional/depressão, ocorre uma incapacidade de comunicação, além de limitações nas redes e suportes sociais (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012). Esses achados têm importantes implicações clínicas, pois sugerem que, para melhorar a QV da pessoa com afasia, as intervenções, para além de aspectos relacionados às dificuldades linguísticas, devem se concentrar na promoção do bem-estar emocional, fortalecendo a participação social.

Alguns estudos apontam que a terapia em grupo, para pacientes com afasia tem um formato diferenciado em relação ao individual, fornecendo mudanças nas possibilidades comunicacionais e nos aspectos pessoais como: sentimentos, emoções, mudança de atitude e de identidade (FAMA; BARON; HATFIELD; TURKELTAUB, 2016; MUMBY; WHITWORTH, 2012). Pesquisa realizada em ambiente hospitalar, com pacientes agudos, refere que a terapia em grupo, em relação à terapia individual, potencializa a iniciativa para a comunicação e expressão, como o uso de gestos e da escrita (FAMA; BARON; HATFIELD; TURKELTAUB, 2016). Já uma Revisão sistemática realizada pela Cochrane, em 2016, indica que não há diferença entre terapia em grupo e terapia individual, no que se refere à comunicação funcional, linguagem receptiva (compreensiva), linguagem

expressiva (escrita, repetição, fluência ) e a qualidade de vida (BRADY; KELLY; GODWIN; ENDERBY *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que a terapia grupal, quando realizada com uma alta frequência e intensidade, tem um efeito positivo sobre as medidas funcionais de linguagem e sobre aspectos psicossociais, de bem-estar e de qualidade de vida em indivíduos com afasia (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; ROSE; CHERNEY; WORRALL, 2013). Outro estudo indica resultados positivos quando as terapias foram realizadas em menor intensidade, mas com maior tempo total de horas de terapia (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015).

Há também evidências modestas indicando que terapias em grupo, que utilizam atividades de comunicação multimodal (LIMA; MASSI; GUARINELLO; SILVEIRA *et al.*, 2018; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005) podem ampliar as possibilidades para o estabelecimento de amizades e de redes sociais entre pessoas com afasia (VICKERS, 2010), bem como impactar positivamente seu humor e promover qualidade de vida, no que concerne ao domínio da comunicação (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015).

Sendo assim, considerando que atualmente há poucas pesquisas que retratam o papel da terapia grupal na saúde e bem-estar do paciente afásico, o presente estudo objetiva realizar uma revisão integrativa da literatura para examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia.

## **METODOLOGIA**

Para esta revisão da literatura foi realizada uma busca de artigos publicados entre janeiro de 2004 a dezembro de 2019, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medicine Library (PubMed).

Foram utilizados os seguintes descritores em inglês: ((stroke) AND (aphasia OR "language disorders") AND ("quality of life" OR "value of life" OR "life style") AND ("language therapy" OR "speech therapy" OR "group processes" OR "rehabilitation of speech and language disorders" OR rehabilitation)). Além destes descritores em inglês, utilizou-se também descritores em português e espanhol para as bases de dados LILACS e SCIELO: (("accidente vascular cerebral") AND ( afasia OR

"transtornos da linguagem") AND ("qualidade de vida" OR "valor da vida" OR "estilo de vida") AND ("processos grupais" OR "terapia da linguagem" OR fonoterapia OR "reabilitação dos transtornos da fala e da linguagem" OR reabilitação)); (("accidente cerebrovascular") AND ( afasia OR "transtornos del lenguaje") AND ("calidad de vida" OR "valor da vida" OR "estilo de vida") AND ("terapia del lenguaje" OR logoterapia OR "processos de grupo" OR "rehabilitación de los transtornos del habla Y del lenguaje"OR rehabilitación)).

A estratégia de busca foi adaptada para cada site, de acordo com as características específicas de cada base de dado selecionada.

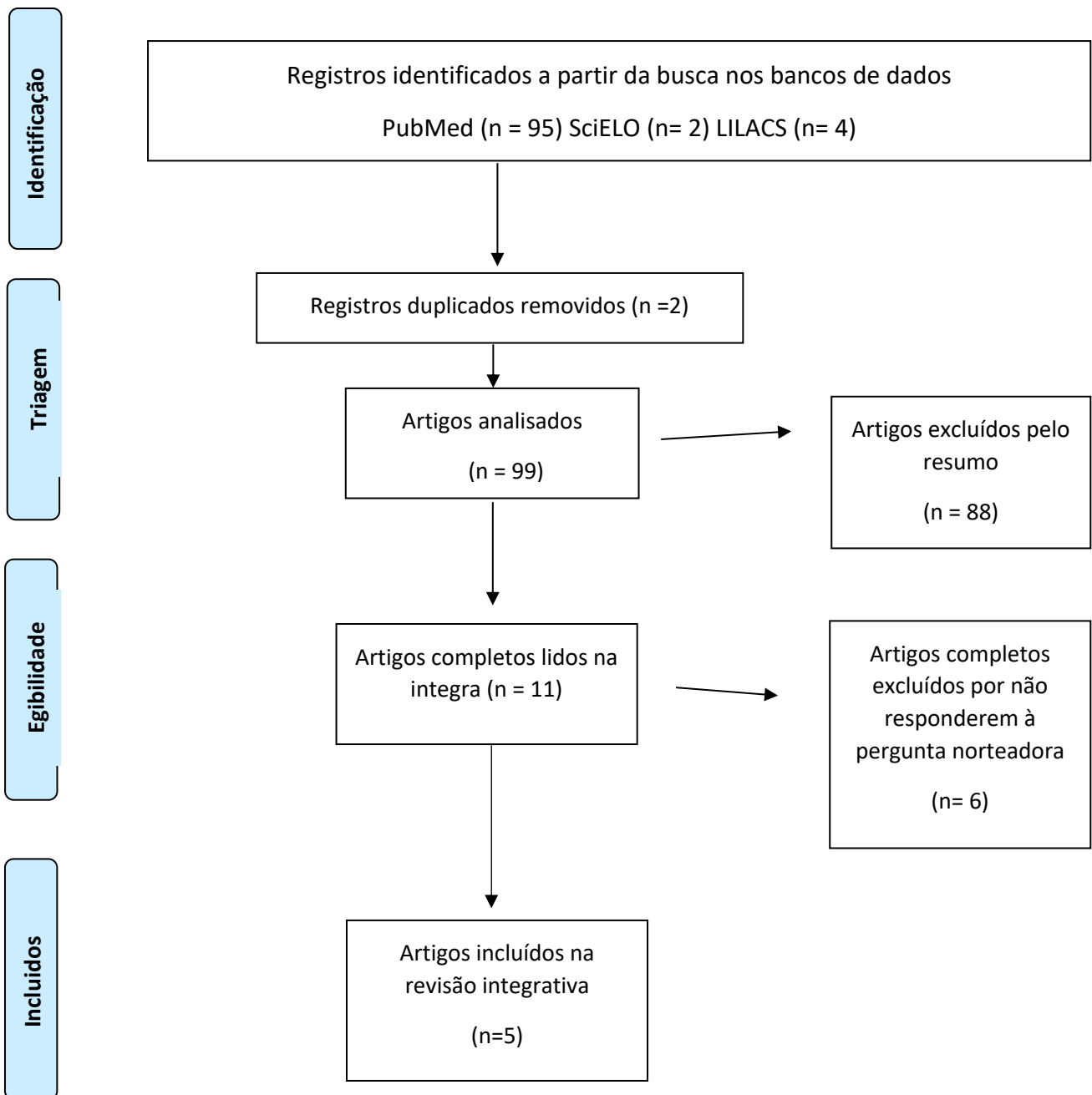
Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos textos foram: artigos escritos em português, inglês ou espanhol, indexados nos referidos bancos de dados, nos últimos quinze anos, entre humanos e com idade igual ou superior a 19 anos. Foram consideradas revisões sistemáticas, estudos observacionais, ensaios clínicos randomizados controlados e estudos com delineamento quase experimental. Os dados extraídos das publicações incluíram: características do estudo, perfil dos participantes, estratégias terapêuticas, características das avaliações, características do tipo de intervenção terapêutica e tempo de terapia. A síntese dos dados foi realizada de forma descritiva, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão. A pergunta norteadora da revisão foi: *A terapia fonoaudiológica grupal melhora a qualidade de vida do paciente afásico?*

A amostra final desta revisão foi constituída por 101 artigos científicos. Desse total, 95 foram encontrados na base de dados da PubMed, 4 na LILACS e 2 na SciELO. Na etapa de triagem, foram observados 2 trabalhos duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos os estudos que não utilizaram instrumento padronizado para avaliar a qualidade de vida e cuja intervenção fonoaudiológica grupal não foi usada na sua essência, bem como a realização de testes para avaliação da qualidade de vida antes e após as terapias.

Excluídos 88 artigos, os quais não respondiam à pergunta norteadora da presente pesquisa. Submetidos à etapa de elegibilidade 11 artigos, na qual a leitura integral foi determinante, sendo selecionados, 5 artigos para compor a amostra final desta revisão. Esses cinco trabalhos respondiam ao objetivo deste estudo, indicando a incipiência de publicações sobre o tema. A figura 1 apresenta o fluxograma concernente ao processo de seleção dos artigos que compõem este estudo.



**FIGURA 1. FLUXO GERAL SOBRE O PROCESSO DA REVISÃO INTEGRATIVA**



## Resultados

Os estudos foram enumerados e os dados extraídos das publicações foram organizados em cinco categorias, conforme tabela 1: 1) caracterização geral do estudo e de seus participantes; 2) testes utilizados para mensurar a QV 3) testes usados para avaliar a comunicação, humor e severidade da afasia; 4) estratégias terapêuticas utilizadas; 5) resultados da terapia grupal.

### *Categoria 1: Caracterização geral dos estudos e de seus participantes.*

Os artigos apresentam diversidades no que se refere aos países em que foram realizados, ao tamanho da amostra. O número de participantes de cada estudo variou entre 27 a 34. A média da idade dos participantes dos estudos variou entre 56 a 68. O gênero masculino foi predominante entre os estudos. O início do trabalho fonoaudiológico ocorreu 6 meses após o AVC, sendo apenas o estudo de Dignam (2015) iniciado após 4 meses de lesão.

### *Categoria 2: Testes utilizados para mensurar a QV.*

Foram utilizados 6 diferentes testes para avaliar a qualidade de vida nos estudos analisados. O estudo 1 utilizou o *Stroke Impact Scale* (SIS), composto por 8 domínios, realizado por meio do relato do paciente e que avalia a incapacidade e a qualidade de vida relacionada à saúde após o AVC (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017).

O estudo 2 usou o teste *Assessment of Living with Aphasia* (ALA) que avalia o impacto da afasia e identifica os fatores que afetam a qualidade de vida, agravando ou reduzindo a incapacidade do paciente (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015).

O estudo 3 utilizou dois testes: o teste *Aachen Life Quality Inventory* (ALQI), que é dividido em 4 domínios: físico, psicossocial, cognição e linguagem; e a escala satisfação com a vida *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), que é uma avaliação global da vida a longo prazo. Também foi utilizado uma avaliação qualitativa através de entrevistas semiestruturadas pós-tratamento que incluiu perguntas sobre as experiências dos participantes com relação à intervenção grupal e questões relacionadas à identidade como sujeito afásico (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015).

O instrumento adotado nos estudos 4 e 5 foi o SAQOL-39 (MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005) que é

uma escala aplicada em formato de entrevista dividida em 4 domínios: físico, psicossocial, comunicação e energia. O artigo 5, além de utilizar o SAQOL-39, avaliou os pacientes pelo EuroQol (EQ-5D), que é um instrumento genérico de qualidade de vida (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

Dentre as escalas utilizadas para avaliar a qualidade de vida, nos cinco estudos, apenas o SAQOL-39 e o ALA são específicos para uso em pacientes com afasia (RIBEIRO, 2008).

**TABELA 1- Características gerais dos artigos**

Nº	Autor e ano	1. Local do estudo 2. N da amostra 3. Idade 4. Gênero 5. Tempo após AVC	Severidade da afasia	Testes utilizados para mensurar QV dos pacientes.
1	(HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017)	1. Estados Unidos. 2. 27 3. 56 4. N/R 5. 4,9 anos	Leve a severo.	<i>Stroke Impact Scale. (SIS)</i>
2	(DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN <i>et al.</i> , 2015)	1. Austrália 2. 34 3. 56 LIFT/60 D-LIFT 4. 87,5%/ 78% Homens 5. 47,3/32,1 meses	56,6 LIFT/52,3 D-Lift CAT severity.	Qualidade de vida relacionada à comunicação - <i>Assessment of Living with Aphasia (ALA)</i> .
3	(CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN <i>et al.</i> , 2015)	1. Alemanha 2. 27 3. 60,85 4. 55% 5. 60,80 meses	Leve a moderada	Qualidade de Vida de Aachen (ALQI), a Satisfação com a Vida (SWLS) e perguntas abertas.
4	(MUMBY; WHITWORTH, 2012)	1. Reino Unido 2. 30 3. 68 4. 66% M 5. 40 meses média	60% afasia moderada para compreensão, já para expressão apresentaram 40% leve e 40% severo.	SAQOL-39 e perguntas abertas. O SAQOL-39 foi re-administrado 12 meses após a avaliação inicial, porém não aplicado em toda amostra
5	(VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS <i>et al.</i> , 2005)	1. Reino Unido 2. 27 3. 58 4. 68% 5. 1-2 anos (42%)	45% apresentaram afasia leve.	SAQOL-39 EuroQol (EQ-5D) e entrevistas semi-estruturada

N/R= não relatado

*Categoria 3: testes usados para avaliar a comunicação, o humor e a severidade da afasia.*

As avaliações da comunicação e severidade foram realizadas de forma quantitativa ou qualitativa antes e após terapia. A tabela 1 apresenta todos os testes utilizados pelos estudos, sendo que algumas avaliações foram feitas por produção narrativa por meio de descrição de algumas imagens (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017), medidas de auto relato sobre a confiança na comunicação (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015), questões relativas à mudança de identidade e ao impacto da afasia na vida diária ou perspectivas futuras (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015). Com relação ao humor, foi utilizado o *Visual Analog Mood Scales* (VAMS), no qual oito estados de humor são verificados e cabe aos entrevistados marcarem suas emoções (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015). Apenas no estudo 3 foi utilizado uma escala para avaliar a presença de depressão entre os pacientes, sendo que os indivíduos com depressão severa foram excluídos do estudo. No estudo 4, antes do início das terapias os participantes realizaram uma auto avaliação com objetivo de definir metas, dentro de cada um dos quatro domínios do A-FROM, envolvendo: prejuízo na comunicação, fatores pessoais, relacionamentos / participação e ambiente de comunicação, dando uma pontuação numérica de até dez para cada domínio. Após 4 a 6 meses foi utilizada a mesma medida de auto avaliação de alcance de metas (MUMBY; WHITWORTH, 2012). No estudo 5, além da avaliação quantitativa da linguagem, foi realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas algumas perguntas antes das terapias : 'Como é a vida agora?' 'A vida mudou? E as mesmas perguntas após terapia.

Em relação a severidade da afasia, a maior parte dos estudos incluiu pacientes com afasia leve a moderada. Os estudos 1 e 3 incluíram, respectivamente, pacientes com afasia de grau leve a moderado (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015) e de leve a severo (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017). No estudo 2, utilizaram uma escala para avaliar a severidade, porém sem explicação sobre a escala utilizada (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015). O estudo 4 demonstrou que, com relação à compreensão, 60% dos pacientes apresentavam afasia moderada e, no que se refere à expressão, 40% foram classificados com afasia leve e outros 40% indicaram afasia severa (MUMBY; WHITWORTH, 2012). O estudo 5 indicou que 45% dos pacientes foram

classificados com afasia leve, pela escala do teste de Boston (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

### *Categoria 3: Estratégias Terapêuticas*

Com relação aos tipos de intervenções grupais apresentadas nos artigos, foram consideradas as características do trabalho terapêutico, a estrutura dos grupos, a frequência, a intensidade, a duração e a dosagem, do trabalho, ou seja, o total de horas de tratamento, conforme a tabela 2.

No estudo 1 foram realizadas trinta horas semanais de terapia grupal, com diversos profissionais. O tratamento interdisciplinar foi de 6 horas por dia, 5 dias por semana, durante 4 semanas. O trabalho fonoaudiológico foi realizado, especificamente, durante 15,5h por semana enfocando e interligando as modalidades individual, grupal e trabalho com cuidadores. O trabalho em grupo enfocou predominantemente a expressão verbal, buscando utilizar vocabulários funcionais e tematicamente relacionados.

O estudo 2 comparou duas terapias com intensidades diferentes, mas com a mesma dosagem. A terapia chamada LIFT com maior intensidade foi realizada durante 3 semanas, por 16 horas semanais, o que totalizou em 48 horas de terapia. A terapia com menor intensidade, D-LIFT, ocorreu de maneira espaçada, foi realizada durante 8 semanas, por 6 horas semanais, totalizando também 48 horas. Ambas as terapias foram baseadas em um modelo de terapia individual, em grupo, de educação sobre AVC e afasia, de tecnologia para melhorar a linguagem, estratégias para uma melhor comunicação e com foco na qualidade de vida.

O estudo 3 apresentou uma intervenção narrativa biográfica, realizada por meio de 5 sessões individuais e 7 sessões em grupo por mais de 10 semanas, pautando-se em um método misto. A abordagem multimodal foi utilizada como parte da intervenção, A terapia foi realizada por uma fonoaudióloga e um profissional de educação de adultos, especializado em métodos biográficos.

No estudo 4, foi criada uma comunidade piloto, baseada em uma intervenção para pacientes com afasia, para identificar e atender as necessidades de comunicação destes após AVC. Os grupos eram compostos por seis a oito pessoas com afasia, sendo liderados pela equipe da *Communication Hub for Aphasia in North Tyneside* (CHANT) e dois treinadores adicionais voluntários. Cada grupo se reunia uma manhã por semana, durante um período de 6 semanas, introduzindo e explorando um tema diferente a cada semana. Nesse estudo, os participantes

tiveram a oportunidade de determinar objetivos pessoais, bem como completar uma autoavaliação semanal. Parte do programa CHANT promoveu relacionamentos com outros serviços, como a educação de adultos da comunidade local e instituições de caridade locais, cursos e apoio adequado para pessoas com afasia, de acordo com interesses e passatempos de cada um.

No estudo 5, os participantes iniciavam terapia grupal, 2 vezes por semana por 7 semanas. Após um intervalo de 2 a 3 semanas, eles tinham a oportunidade de escolher uma ou duas vezes por semana a terapia de grupo e por um tempo determinado. A quantidade média de terapia desenvolvida com cada participante foi de 34h. A abordagem terapêutica incluía conversas, música, pintura, teatro, discussão e um trabalho de treinamento para os cuidadores.

#### *Categoria 4: resultados da terapia em grupal*

No estudo 1 foi observado uma melhora na nomeação, sintaxe, morfologia, bem como aumento de atos comunicativos, como iniciação e eficácia em um ambiente conversacional funcional. Enfim, foi observado uma melhora na narração de um discurso. Também foi observado melhora na qualidade de vida dos PCA que participaram do trabalho interdisciplinar (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017).

No estudo 2 demonstrou que a terapia com intensidade menor, D-LIFT, obteve melhor resultado na nomeação do teste de Boston quando comparado a terapia com maior intensidade, LIFT. Após a terapia de ambas as intensidades foi observada uma comunicação mais eficaz, aumento da confiança, maior participação social e melhora da qualidade de vida dos participantes (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015)

No estudo 3 os pacientes relataram que após a intervenção teve um aumento do senso de competência que para eles estava ligada a uma comunicação bem-sucedida, também uma mudança na visão de vida relacionada a sua doença, e o retorno às atividades da vida cotidiana, que eles haviam abandonado anteriormente devido a doença. A terapia narrativa biográfica demonstrou aumento na qualidade de vida na parte psicossocial e de comunicação, bem como aumento de humor positivo e redução de humor negativo, permanecendo estável até 3 meses após a finalização da terapia. Foi observado melhora no sentimento de independência e autoconfiança, sendo relacionados ao senso de responsabilidade e a possibilidade

de tomar as próprias decisões (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015).

No estudo 4, 82% das metas definidas como parte da intervenção foi parcialmente alcançado ou plenamente alcançado, sendo estas relacionados aos fatores pessoais e melhora no prejuízo na comunicação. Após a terapia grupal foi observado melhora na qualidade de vida relacionada ao domínio psicossocial e de comunicação (MUMBY; WHITWORTH, 2012)

No estudo 5, 86% das pessoas com afasia disseram que sua comunicação melhorou desde que iniciou com a terapia. Eles relataram que obtiveram mais confiança na comunicação, utilizando outras formas de expressão, como gestual e pela escrita, assim experimentando mais sucesso em transmitir sua mensagem do que antes de chegarem à terapia grupal. Os pacientes também comentaram os benefícios do apoio e amizade de outras pessoas presentes na própria terapia. Houve uma melhora, desde o início da terapia até um follow-up de seis meses, na qualidade de vida dos participantes, no domínio comunicação, além de fortalecimento da sua autoconfiança e mudanças no seu estilo de vida e nos seus níveis de independência (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005)

Portanto, de forma geral, os estudos indicaram que a terapia grupal melhora a qualidade de vida de pessoas com afasia, ampliando sua autoconfiança, participação social, independência e autonomia, além de favorecer a comunicação funcional e o bom humor.

TABELA 2- CARACTERÍSTICAS DE AVALIAÇÕES E INTERVENÇÕES

Nº	Autor e ano	Testes usados para avaliar a afasia	Tipificação da abordagem grupal	Intensidade, Frequência, Duração e Dosagem.	Período da coleta
1	(HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017)	7 testes para expressão oral. Produção narrativa descrevendo imagens. <i>Avaliação da Associação de Comunicação Funcional (ASHA FACS)</i> <i>Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM)</i>	Objetivos dos pacientes. Terapia funcional, com foco na expressão verbal. N/R**	<b>Multiprofissional:</b> I-30h semana F-5 x por semana D-4 semanas D-120 horas. <b>Com fonoaudiólogo</b> 15,5 h semana, sendo 9,5 horas em grupo, 3 horas com cuidadores e pacientes.	Pré, pré imediato, pós e pos e follow up 3 meses.
2	(DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN et al., 2015)	Teste de Boston para nomeação - <i>Boston Naming Test (BNT)</i> ; Índice de Eficácia Comunicativa - <i>Communicative Effectiveness Index (CETI)</i> ; Escala de Confiança de Comunicação para Afasia - <i>Communication Confidence Rating Scale for Aphasia (CCRSA)</i>	Funcional, Semântica, Fonológica. Objetivos dos pacientes. N/R**	<b>LIFT</b> I-16h semana F-5 dias por semana D-3 semanas D- 48 horas <b>D-LIFT</b> I-6 h semana F-3 a 4 dias na semana D-8 semanas D-48 horas	Pré, pós, e follow up de 1 mês.
3	(CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN et al., 2015)	O Teste de Afasia de Aachen (AAT); a forma abreviada da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-SF), Visual Analog Mood Scales (VAMS) Entrevistas semiestruturadas foram realizadas.	Multimodal, com 5 a 7 participantes.	I - 1h30 F- 1x D- 7 semanas D- 10h30	Pré, pós e follow-up 3 meses.
4	(MUMBY; WHITWORTH, 2012)	<i>Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM)</i> . Entrevistas semiestruturadas.	Funcional, com 6 a 8 participantes.	I - --- F - 1x semana D - 6 semanas D - ---	Pré e Follow up média 10,5 meses.
5	(VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS et al., 2005)	<i>Communication Effectiveness Index (CETI)</i> . Entrevistas semiestruturadas.	Funcional e social. N/R**	I - 2h F - 1 a 2x semana D - média 20 semanas D - média 34h	Pré, pós e follow-up 6 meses.

\*dosagem se refere ao total de horas da terapia. \*\* não relata quantos pacientes havia no grupo.



## DISCUSSÃO

Os estudos da revisão integrativa após terapias grupais mostraram melhorias significativas na qualidade de vida para os indivíduos com afasia (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015; HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). A principal mudança na QV foi detectada na categoria psicossocial nos estudos 3 e 4 (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012) e comunicação nos estudos 3,4 e 5 (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). Além da melhora da qualidade de vida, os estudos indicaram mudanças na linguagem dos pacientes, com ampliação no uso de vocabulário (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017), na confiança (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005), na melhora da percepção da dificuldade de se comunicar, nos aspectos pessoais (MUMBY; WHITWORTH, 2012) Percebeu-se também aumento da possibilidade de nomear palavras (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015), sentimento de independência e melhora no humor (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015).

Observa-se que, provavelmente, os resultados das pesquisas foram positivos por influência do método da pesquisa ser misto, isto é, além de ter sido utilizado um instrumento para medir a qualidade de vida também foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005), as quais ampliam a possibilidade de investigação do trabalho grupal e seu impacto na QV (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). As entrevistas são importantes, pois consideram a identidade destes pacientes que entram em sofrimento devido a afasia, focando na interação social e ressignificando toda a sua história de vida por meio da terapia grupal (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

Convém ressaltar, que segundo os artigos analisados, após o trabalho terapêutico, os pacientes que tiveram follow up, permaneceram estáveis sem intervenção, permitindo inferir que o impacto do trabalho foi sólido (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). Esta melhora também se deve pela preocupação de reinserção destes PCA na comunidade (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; MUMBY; WHITWORTH, 2012) e inclusão dos familiares e cuidadores (CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

Os estudos 1, 4 e 5 que compõe esta revisão afirmam que os cuidadores são parte integrante da recuperação dos pacientes com afasia (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005), auxiliando-os na reflexão da sua situação atual, e na projeção de novos objetivos e na ampliação da sua autoconfiança (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

Percebe-se que, a qualidade de vida, confiança, comunicação funcional após terapia em grupo melhorou. Mas cabe entender que isto pode estar relacionado ao efeito da intensidade do tratamento, independente de dosagem/ tempo total em horas da terapia (DIGNAM; COPLAND; MCKINNON; BURFEIN *et al.*, 2015). A intensidade do tratamento é essencial para o fornecimento de serviços eficientes de reabilitação da afasia, em especial, na mudança na qualidade de vida. Além disso, estabelecer uma intensidade ideal de tratamento é uma importante questão, com implicações que atrelam-se a reabilitação multidisciplinar do AVC.

Após a realização deste estudo, que objetivou examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia, verificou-se que a terapia grupal melhora a qualidade de vida de pessoas com afasia, ampliando sua autoconfiança e participação social, favorecendo o seu senso de independência e autonomia, aumento de comunicação funcional, bem como melhorando o humor.

### *Limitações do estudo*

O número de artigos encontrados que relacionam a terapia grupal e a qualidade de vida ainda é incipiente. Somente 5 artigos responderam à pergunta norteadora do presente estudo. Além disso, é preciso considerar que esta pesquisa ficou pautada em um número restrito de plataformas de dados sendo necessário ampliar o estudo, abrangendo outras plataformas, para se alcançar uma visão mais extensa destes achados.

### **Conclusão**

Há evidências promissoras de que a terapia fonoaudiológica grupal para pacientes com afasia traz benefícios relacionados à qualidade de vida, autoconfiança e participação social, favorecendo o seu senso de independência e autonomia, com melhora na comunicação funcional, bem como no humor. No entanto, pesquisas randomizadas adicionais nessas áreas com amostras maiores e grupos controles apropriados podem aumentar o grau de confiança desses achados.

### **ARTIGO 3- INFLUÊNCIA DE INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL MULTICOMPONENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM AFASIA**

**INTRODUÇÃO:** A terapia fonoaudiológica em grupo tem demonstrado benefícios na recuperação da linguagem, em pacientes com afasia (PCA). No entanto, questiona-se o papel de tal intervenção na melhora da qualidade de vida destes sujeitos, bem como os fatores sociodemográficos relacionados a esta melhora. **OBJETIVO:** Investigar o impacto de um programa de terapia grupal de caráter multicomponente, na qualidade de vida de pacientes com afasia subaguda e crônica, relacionada ao AVC, identificando características sociodemográficas associadas. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de prova de conceito pré e pós teste realizado com PCA, com mais de 3 meses após o primeiro acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, que participaram de um grupo de terapia fonoaudiológica com múltiplos componentes. Para tanto, utilizou-se a Escala de Qualidade de Vida de Acidente Vascular Cerebral e Afasia (SAQOL-39). Cada grupo terapêutico era composto por no máximo 6 participantes. As terapias ocorreram duas vezes por semana, com intensidade de 90 min e duração de 12 semanas. A carga horária total das terapias foi de 36 horas. Fatores sociodemográficos foram analisados em relação aos escores pós-grupo do SAQOL-39. **RESULTADOS:** Participaram 26 pacientes, em pelo menos 80% do programa terapêutico, sendo 65,4% homens, com média de idade 59,18 anos e a mediana do tempo pós AVC de 8 meses. Apenas o domínio da comunicação do SAQOL-39 apresentou aumento significativo após terapia grupal (de 2,89 para 3,47;  $p=0,016$ ). PCAs mais jovens, do sexo feminino, que contavam com um cuidador e com mais pessoas na sua casa, exibiram maior escore no domínio comunicação, após terapia grupal. PCAs mais jovens e com menor severidade da afasia apresentaram maior média do escore, no domínio psicológico, após a terapia em grupo. **CONCLUSÃO:** A terapia fonoaudiológica em grupo, de caráter multicomponente, voltada à PCAs com mais de 3 meses após AVC, pode contribuir para a melhorar a qualidade de vida dos mesmos, especialmente, no domínio da comunicação. Fatores sociodemográficos e relacionados ao AVC podem gerar resultados positivos no trabalho grupal.

**PALAVRAS:** Afasia, qualidade de vida, terapia, grupo, tratamento, eficácia.

## INTRODUÇÃO

A afasia está presente em um terço dos casos de AVC (ENGELTER; GOSTYNSKI; PAPA; FREI *et al.*, 2006) e causa considerável prejuízo, não somente na comunicação, mas também na qualidade de vida (QV) das pessoas afetadas (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2010). A terapia fonoaudiológica em grupo tem sido cada vez mais utilizada na reabilitação dessas pessoas podendo contribuir, não somente nos aspectos da linguagem, mas também na melhora da QV (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; LANYON; ROSE; WORRALL, 2013; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). No entanto, pouco se sabe sobre quais fatores estão relacionados a esta melhora, sendo relevante conhecê-los para aprimorar a abordagem terapêutica em grupo, tornando-a mais efetiva.

As alterações motoras presentes nos pacientes vítimas de AVC são importantes causas da diminuição da QV, no período pós AVC (WORRALL; HUDSON; KHAN; RYAN *et al.*, 2017). Além disso, estudos demonstram que entre pacientes com afasia crônica, a incapacidade de comunicação e as comorbidades foram preditores para piora na qualidade de vida. (HILARI; WIGGINS; ROY; BYNG *et al.*, 2003). Diferentemente dos *déficits* motores que comprometem, inicialmente, as atividades simples da vida diária, como a independência para movimentar-se e lidar com os afazeres da casa, a afasia tem importante impacto naquelas atividades mais complexas, tais como conversar e discutir sobre opiniões ou desejos com outras pessoas (SHADDEN, 2005). Essas situações podem justificar o fato de muitas pessoas com afasia apresentarem, além das dificuldades no uso da linguagem, sentimentos de angústia (HILARI, 2011), depressão (BAKER; WORRALL; ROSE; HUDSON *et al.*, 2018; KAUKANEN; KORPELAINEN; HILTUNEN; MAATTA *et al.*, 2000), ansiedade (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2010) e menor desejo de participação em atividades sociais (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2006). Em vista disso, a afasia tem sido considerada uma patologia com alto potencial para diminuir a qualidade de vida, mesmo quando comparada a outras doenças, tais como câncer e Alzheimer (LAM; WODCHIS, 2010).

A terapia fonoaudiológica em grupo parece contribuir para a melhora de alguns aspectos envolvidos na QV de PCA (ATTARD; LOUPIS; TOGHER; ROSE, 2018; CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; ELMAN;

BERNSTEIN-ELLIS, 1999; MUMBY; WHITWORTH, 2012; ROSS; WINSLOW; MARCHANT; BRUMFITT, 2006), inclusive daqueles com maior tempo de evolução da afasia (ATTARD; LOUPIS; TOGHER; ROSE, 2018). Estudos indicam que a terapia fonoaudiológica em grupo proporciona melhor convívio com outras pessoas uma vez que oportuniza novas amizades (LANYON; WORRALL, L.; ROSE, M., 2018; LANYON, L.; WORRALL, L.; ROSE, M., 2018), oferece um ambiente com suporte emocional, o qual favorece a redução dos sintomas depressivos (BRUMFITT; SHEERAN, 1997), potencializando o sentimento de pertencimento, da própria identidade e da autoconfiança (ATTARD; LOUPIS; TOGHER; ROSE, 2018; CORSTEN; SCHIMPF; KONRADI; KEILMANN *et al.*, 2015; LANYON; WORRALL, L.; ROSE, M., 2018; LANYON, L.; WORRALL, L.; ROSE, M., 2018; ROSS; WINSLOW; MARCHANT; BRUMFITT, 2006). Há indícios, na literatura, de que esses benefícios possam estar relacionados à diversidade encontrada entre os participantes de cada grupo, em relação ao tipo e gravidade da afasia, além de outros fatores sociodemográficos, como idade, escolaridade e gênero (ELMAN; BERNSTEIN-ELLIS, 1999). A prática de uniformizar os grupos com integrantes de características semelhantes, em terapias de cunho funcional e social, ainda não tem sido amplamente definida (BERNSTEIN-ELLIS; ELMAN, 2006). Além disso, pouco se sabe a respeito de como tais características podem influenciar na melhor resposta terapêutica em grupo com relação a QV dos PCA (HOOVER; CAPLAN; WATERS; CARNEY, 2017; LANYON; ROSE; WORRALL, 2013).

### **Objetivos e Hipóteses**

Considerando o positivo impacto que a terapia fonoaudiológica em grupo pode trazer na melhora da QV de PCA e a necessidade de aprofundar o conhecimento dos aspectos que podem influenciar tal benefício, o presente estudo teve como objetivo investigar o impacto de um programa de terapia grupal de caráter multicomponente, na qualidade de vida de pacientes com afasia subaguda e crônica, relacionada ao AVC, identificando características sociodemográficas associadas.

Foi utilizado uma prova de conceito de Fase I (WHYTE; GORDON; ROTH, 2009) (tem como propósito uma inovação, evolução e formalização de um tratamento, sendo este nome utilizado especificamente para a área da reabilitação) para examinar um programa multicomponente para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico grupal para afasia. A hipótese foi de que o programa de terapia

de grupo de caráter multicomponente pode melhorar significativamente a qualidade de vida em pessoas com afasia subaguda e crônica relacionada ao AVC. Como a investigação de possíveis fatores sociodemográficos, que poderiam prever a resposta ao tratamento, foi exploratória, não foram estabelecidas hipóteses formais para essas questões e análises.

## MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido, tendo em vista uma prova de conceito do estudo pré e pós intervenção de pacientes com afasia, mais de 3 meses de evolução, após o primeiro AVC isquêmico.

### *Participantes*

A amostra foi selecionada por meio do banco de dados JOINVASC de pacientes com AVC em acompanhamento na cidade de Joinville, Brasil (CABRAL, N. L.; GONÇALVES, A. R.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. *et al.*, 2009). Inicialmente foram selecionados todos os indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, com afasia para o estudo. A presença de afasia foi definida a partir da aplicação da escala NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) (ORTIZ; L. SACCO, 2014). Assim, os pacientes que apresentaram alteração do item de linguagem, avaliados por um médico neurologista durante o diagnóstico do AVC, foram considerados afásicos. A amostra foi selecionada seguindo uma ordem cronológica inversa da data do AVC, entre 2014 a 2017, até se obter um número total de 36 pacientes. O tamanho da amostra foi determinado por considerações práticas, levando em consideração o espaço físico, a viabilidade para o desenvolvimento das atividades em grupo e o fato de serem criados pequenos grupos de seis pacientes. Não foram incluídos os pacientes residentes fora da cidade de Joinville, aqueles que apresentaram novos episódios de AVC, analfabetos, com restrição grave de locomoção ou que estavam em terapia fonoaudiológica individual.

Após o contato inicial por telefone, os pacientes foram agendados para realizar a avaliação da severidade da afasia pelo Teste de Boston Diagnóstico das Afasias Reduzido (TBDA-R) (GOODGLASS; KAPLAN; BARRESI, 2001; RADANOVIC; MANSUR, 2002), pela fonoaudióloga responsável do estudo. Foram excluídos os participantes em potencial que apresentavam no TBDA-R severidade 0 (sem fala funcional ou compreensão auditiva) - três pacientes foram excluídos nessa

fase. Após início da terapia, quatro participantes foram excluídos da análise por frequentarem menos de 80% das sessões, três por necessidade de reinternação e um por desistência. Além disso, um participante foi excluído por falecimento e dois por dificuldade em organizar o transporte para a terapia.

Portanto, a amostra final foi composta por 26 indivíduos divididos em 6 grupos com 4 a 5 pacientes. A idade média foi de  $59,18 \pm 14,67$  anos, 17 (65,4%) eram do sexo masculino e o tempo médio após o início do AVC foi de 8 meses. Outras características da amostra estão descritas na Tabela 1. Os pacientes ou seu representante legal que consentiram em participar assinaram o termo de consentimento informado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do IELUSC, número 2.026.022.



**TABELA 1- Características gerais de pacientes com afasia que participaram da terapia em grupo (n=26).**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência ou média</b>	<b>% ou <math>\pm</math>DP</b>
Gênero; <b>masculino</b>	17	65,4%
Idade; <b>anos</b>	59,2	14,7
	<b>&lt;=60</b>	42,3%
	<b>&gt;60</b>	57,7%
Estado civil; <b>casado</b>	17	65,4%
Dominância; <b>destro</b>	25	96,2%
NIHSS ( <b>mediana</b> )	8	14
NIHSS linguagem	2	1
Tempo pós AVC; <b>meses (mediana)</b>	8	25,5
Educação; <b>anos</b>	7,4	3,9
Salário mensal; <b>reais</b>	3.085,48	1747-5641
Cuidador	13	50%
Número de pessoas na casa	2,5	1,4
Aposentado antes do AVC	16	61,5%
Ocupação antes do AVC		
<b>Trabalhadores artesanais e comércios relacionados</b>	3	11,5%
<b>Operadores e montadores de instalações e máquinas</b>	11	42,3%
<b>Trabalhadores especializados em agricultura e pesca</b>	2	7,7%
<b>Trabalhadores de serviços e vendedores de mercado</b>	7	26,9%
<b>Profissionais</b>	3	11,5%
Aposentado após AVC	26	100%
Bilinguismo	2	7,7%
Prejuízo motor	22	84,6%

Salário mínimo em 2017 = 937 reais

### *Instrumentos aplicados e variáveis analisadas*

A coleta dos dados ocorreu durante as terapias e a partir da aplicação de alguns instrumentos. O tempo da afasia foi obtido através do registro no banco de dados JOINVASC, bem como a gravidade do AVC, esta última avaliada por um neurologista, através da escala NIHSS, no momento do diagnóstico do AVC.

Também foi considerado o nível sócio econômico, o qual foi avaliado por meio de um questionário padronizado para quantificar a renda familiar, de acordo com a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP, 2016) (ABEP, 2016). Esta classificação é dividida em oito classes econômicas com base na renda familiar, na escolaridade e bens de consumo no domicílio.

Além disso, foram consideradas as variáveis idade, gênero, comorbidades prévias, atividade física e social, realização de terapia fonoaudiológica prévia, presença de bilinguismo, presença de cuidador, número de habitantes na casa e anos de escolaridade, a partir do auto relato produzido por cada paciente.

Também foi aplicado, antes do início do grupo e após 3 meses de terapia em grupo, a Escala de Qualidade de Vida de Acidente Vascular Cerebral e Afasia (SAQOL-39) (HILARI; BYNG; LAMPING; SMITH, 2003b) e o teste TBDA-R, que verifica a severidade da afasia. A escala SAQOL-39 é uma escala psicometricamente robusta que demonstra boa aceitabilidade e consistência interna (0,88 a 0,91 de Cronbach). A versão em português da escala SAQOL-39 possui boa confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intra classe 0,80 a 0,97) (RIBEIRO, 2008; RODRIGUES; LEAL, 2013), além de incluir modificações de formatação e linguagem para permitir uma avaliação válida da qualidade de vida em pessoas com afasia após acidente vascular cerebral. A escala SAQOL-39 compreende 39 questões, dispostas em 4 principais domínios: o estado físico, o estado psicossocial, a comunicação e a energia. Uma vez que cada domínio avaliado se relaciona com as dificuldades encontradas pelo paciente afásico, no que tange a sua compreensão da fala, sua capacidade de tomar decisões e no impacto que o déficit da linguagem tem na sua vida familiar e social, o questionário avalia, de maneira específica, a qualidade de vida entre os indivíduos afásicos (HILARI; BYNG; LAMPING; SMITH, 2003a). As respostas foram informadas pelo próprio paciente através de uma escala de Likert, sendo os escores mais altos relacionados com melhor qualidade de vida. Ambas as escalas foram aplicadas pelo mesmo terapeuta, que realizou as terapias fonoaudiológicas. No entanto, a severidade da afasia, avaliada através do teste TBDA-R, foi confirmada por um segundo avaliador, treinado para a realização e avaliação do teste e que não participou das terapias. Discrepâncias de pontuação da gravidade da afasia foram discutidas por ambos os avaliadores sendo a pontuação final definida por meio de consenso.

#### *Terapias grupais realizadas*

Os pacientes foram divididos em 6 grupos terapêuticos. Cada grupo terapêutico com 4 a 5 selecionados de acordo com a ordem cronológica da data do AVC, para favorecer um tempo de pós-AVC semelhante entre os membros de cada grupo. Nenhum outro critério foi utilizado para a formação do grupo. As terapias

foram realizadas durante 12 semanas, duas vezes por semana, com 90 minutos cada. A carga horária total das terapias foi 36 horas, para cada grupo. Com base no número de 3 horas semanais, a terapia foi definida como intensidade moderada (ROBEY, 1998). A terapia de grupo teve múltiplos componentes, derivados de abordagens teóricas e de práticas (BRADY; ALI; VANDENBERG; WILLIAMS *et al.*, 2019): sendo 40% de apoio social e estimulação da comunicação (BRADY; KELLY; GODWIN; ENDERBY *et al.*, 2016), 30% de abordagem linguística (ROSE; ALI; ELDERS; GODWIN *et al.*, 2018) e 30% de abordagem multimodal (PIERCE; O'HALLORAN; TOGHER; ROSE, 2019). Houve uma forte ênfase no uso da comunicação que refletia as necessidades da vida cotidiana, uso de vocabulário funcional, prática de escrita, atividades de leitura e comunicação gestual (ELMAN, 2007; SIMMONS-MACKIE; SAVAGE; WORRALL, 2014). Além disso, as atividades foram escolhidas para motivar e ajudar a criar uma sensação de prazer por meio da comunicação social e atividade significativa da vida cotidiana, nas sessões de grupo. Ver apêndice C. Todas as sessões em grupo foram conduzidas pelo mesmo fonoaudiólogo, com 17 anos de experiência clínica, com mestrado em distúrbios da comunicação e por duas estudantes de fonoaudiologia. Os grupos foram realizados no ambulatório da faculdade IELUSC, Joinville.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

As variáveis categóricas são apresentadas pelo seu número absoluto e porcentagem. As variáveis quantitativas são apresentadas pela média e desvio padrão ou mediana e variação interquartil, conforme a distribuição da variável. Foi utilizado o teste t student ou Mann-Whitney *U* test para comparar as variáveis quantitativas. O teste qui quadrado ou teste exato de Fischer foi utilizado para comparar as frequências de cada variável. Para todos os achados com valor de significância menor do que 0,05 foi calculado o tamanho do efeito (*r*), com definição do tamanho do efeito como pequeno (0,2), médio (0,5) e grande (0,8) (COHEN, 1988). Para comparar os escores de qualidade de vida (SAQOL-39), antes e após a terapia, foi utilizado o teste Wilcoxon Signed Ranks test.

Os escores de qualidade de vida pré e pós terapia foram também comparados através do teste Wilcoxon Signed Ranks test, analisando-se a amostra por subgrupos quanto a presença ou não da variável de interesse: (mediana do tempo de afasia,  $\leq$  ou  $>$  8 meses; presença de cuidador; mediana do número de

peças que residem na casa  $\leq$  ou  $>$  2; mediana do tempo de escolaridade,  $\leq$  ou  $>$  8 anos; renda superior à média salarial local,  $\leq$  ou  $>$  3.085,48 reais; indivíduos com severidade da afasia pelo TBDA-R antes da terapia,  $<$  4 ou 4; mediana da idade,  $\leq$  ou  $>$  60 anos; gênero, feminino ou masculino). Para realização das análises foi utilizado o software IBM SPSS versão 23.

## Resultados

Com relação a avaliação da QV antes e após a terapia grupal, observa-se na tabela 2 que houve um aumento significativo apenas no domínio comunicação do SAQOL-39 após terapia em grupo, com um tamanho de efeito pequeno (de 2,89 para 3,47;  $p=0,016$ ;  $r=0,33$ ). As demais médias dos domínios do SAQOL-39, físico, psicossocial, energia, não apresentaram diferenças significativas com relação aos escores obtidos antes e após terapia (Tabela 2).

**TABELA 2- Avaliação da qualidade de vida antes e após terapia grupal medido pelo SAQOL-39.**

DOMINIO	Antes da terapia em grupo		Depois da terapia em grupo		valor $p^*$
	Média	$\pm$ DP	média	$\pm$ DP	
Físico	3,32	1	3,61	0,95	0,080
Psicológico	2,83	0,78	3,26	0,96	0,097
Comunicação	2,89	1,10	3,47	0,90	<b>0,016</b>
Energia	3,13	1,35	3,28	1,37	0,715

\*Wilcoxon Signed Ranks Test

A tabela 3 detalha os fatores sociodemográficos de interesse relacionados ao AVC. O tempo pós- AVC, escolaridade e a renda familiar não foram relacionados aos domínios do SAQOL-39 após a terapia. A pontuação média no domínio da comunicação pós terapia foi significativamente maior do que a obtida antes da terapia para os participantes com presença do cuidador ( de 2,59 para 3,43,  $Z = -2,762$ ,  $p = 0,006$ ,  $r = 0,54$ ), para aqueles com número de habitantes na casa  $>2$  ( de 2.70 para 3.44,  $Z=-2.47$ ,  $p=0.013$ ,  $r=0.71$ ), mediana da idade  $\leq$  60 anos (de 2.45 para 3.51,  $Z=-2.05$ ,  $p=0.041$ ,  $r=0.44$ ) e para aqueles do sexo feminino (2.32 para 3.18,  $Z=-2.31$ ,  $p=0.021$ ,  $r=0.77$ ). A média do escore do domínio psicológico após a terapia foi significativamente maior em relação ao obtido antes da terapia para os indivíduos com mediana da idade  $\leq$  60 anos (de 2.87 para 3.60,  $Z=-1.99$ ,  $p=0.047$ ,

$r=0.42$ ) e para os indivíduos com severidade mais leve da afasia ( de 2.73 para 3.40,  $Z=-2.17$ ,  $r= 0.36$ ).

**TABELA 3 - Fatores sociodemográficos correlacionando com os domínios do SAQOL-39 antes e após terapia grupal**

	Pré Teste		Pós teste		P	Pré Teste		Pós Teste		P
	Média	± DP	Média	± DP		Média	± DP	Média	± DP	
<b>Domínio Físico</b>						<b>Domínio Psicológico</b>				
Tempo depois do AVC ≤ 8 meses, n=12	3,11	1,11	3,43	1,03	0,119	2,73	0,98	3,03	0,094	0,374
Tempo depois do AVC >8meses, n=14	3,51	0,89	3,78	0,88	0,379	2,92	0,60	3,46	0,89	0,162
Com cuidador, n=13	2,86	1,00	3,38	1,16	0,069	2,68	0,57	3,22	0,88	0,100
Sem cuidador, n=13	3,79	0,78	3,84	0,63	0,783	2,99	0,95	3,30	0,99	0,505
Pessoas na casa ≤2 n=14	3,37	0,91	3,66	0,91	0,286	2,87	0,80	3,15	0,90	0,401
Pessoas na casa>2 n=12	3,27	1,13	3,57	1,03	0,154	2,73	0,81	3,39	0,96	0,059
Educação ≤8 anos, n=15	3,27	0,98	3,40	1,04	0,489	2,74	0,88	3,27	0,98	0,124
Educação > 8 anos, n=11	3,40	1,06	3,91	0,74	0,091	2,97	0,65	3,24	0,87	0,507
Salário menor, n=16	3,54	0,92	3,67	0,86	0,426	2,83	0,86	3,30	0,88	0,173
Salário maior, n=10	2,98	1,06	3,53	1,11	0,113	2,84	0,70	3,20	1,03	0,374
Severidade da afasia<4 n=8	3,16	1,02	3,25	1,05	0,779	3,08	0,49	2,94	0,68	0,673
Severidade da afasia 4 n=11	3,40	1,00	3,78	0,88	0,058	2,73	0,88	3,40	0,99	<b>0,030</b>
Idade≤60anos, n=11	3,74	0,97	3,97	0,76	0,240	2,87	0,77	3,60	0,77	<b>0,047</b>
Idade>60anos, n=15	3,03	0,93	3,36	1,01	0,233	2,81	0,82	3,01	0,96	0,777
Gênero Feminino, n=9	3,06	0,98	3,31	1,30	0,155	2,47	0,82	3,18	1,00	0,097
Gênero Masculino, n=17	3,47	1,00	3,77	0,69	0,266	3,03	0,72	3,30	0,90	0,495

	Pré Teste		Pós Teste		P	Pre Teste		Pós Teste		p
	Média	± SD	Média	± SD		Média	± SD	Média	± SD	
<b>Domínio Comunicação</b>						<b>Domínio Energia</b>				
Tempo depois do AVC ≤ 8 meses, n=12	2.95	1.17	3.49	0.77	0.116	2.58	1.44	3.42	1.47	0.099
Tempo depois do AVC >8meses, n=14	2.85	1.08	3.46	1.02	0.073	3.61	1.12	3.18	1.33	1.153
Com cuidador, n=13	2.59	0.87	3.43	0.92	<b>0.006</b>	3.50	1.31	3.04	0.920	0.167
Sem cuidador, n=13	3.20	1.25	3.52	0.91	0.484	2.77	1.35	3.54	1.22	0.092
Pessoas na casa ≤2 n=14	3.06	1.37	3.50	1.09	0.220	3.39	1.23	3.32	1.14	0.799
Pessoas na casa>2 n=12	2.70	0.69	3.44	0.66	<b>0.013</b>	2.83	1.48	3.25	1.65	0.532
Educação ≤8 anos, n=15	2.82	1.14	3.22	0.74	0.083	2.83	1.37	3.15	1.26	0.550
Educação > 8 anos, n=11	3.00	1.09	3.82	1.01	0.130	3.54	1.28	3.48	1.55	0.833
Salário menor, n=16	2.89	1.02	3.48	0.92	0.074	3.19	1.33	3.33	1.41	0.861
Salário maior, n=10	2.90	1.28	3.46	0.91	0.102	3.05	1.46	3.22	1.38	0.674
Severidade afasia<4 n=8	2.48	1.35	3.36	1.35	0.161	3.75	1.03	3.50	1.51	0.498
Severidade afasia 4 n=11	3.08	0.96	3.52	0.66	0.058	2.86	1.42	3.19	1.34	0.484
Idade≤60anos, n=11	2.45	0.86	3.51	0.91	<b>0.041</b>	3.54	1.47	3.75	1.42	0.833
Idade>60anos, n=15	3.22	1.17	3.45	0.92	0.320	2.83	1.23	2.95	1.27	0.861
Gênero Feminino, n=9	2.32	0.70	3.18	0.83	<b>0.021</b>	2.92	1.40	2.78	1.25	0.767
Gênero Masculino, n=17	3.20	1.17	3.63	0.92	0.192	3.25	1.36	3.56	1.39	0.366

Salário menor: menor que R\$ 3,092 reais por mês; Salário maior: maior do que R\$3,092 reais por mês. Severidade da afasia pelo TDAE-R ( 1 a 5) : pior severidade = 1 a 3, melhor severidade= 4.

## DISCUSSÃO

### *Principais achados*

O presente estudo indicou uma melhora da qualidade de vida relacionada a comunicação nos participantes com afasia, com mais de 3 meses após o primeiro AVC isquêmico, submetidos a terapias fonoaudiológicas grupais de múltiplos componentes e de moderada intensidade. Fatores como a idade mais jovem, presença de um cuidador, maior número de pessoas na casa, do gênero feminino, foram associados a um aumento da qualidade de vida relacionado ao domínio da comunicação, segundo o SAQOL-39.

### *Domínio da Comunicação*

A qualidade de vida relacionada ao âmbito da comunicação tem sido explorada em outros estudos, voltados a pacientes com afasia crônica (BREITENSTEIN; GREWE; FLOEL; ZIEGLER *et al.*, 2017; MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). No estudo de Van Der Gaaget *al.* (2005), o domínio da comunicação, avaliado também através do SAQOL-39, apresentou melhora após a terapia grupal, da mesma forma que nesta pesquisa. Os autores afirmaram que a melhora da qualidade de vida poderia relacionar-se ao aumento da autoconfiança, a mudança no estilo de vida e ao melhor nível de independência após as terapias em grupo (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). Entende-se que a abordagem terapêutica utilizada no presente estudo favoreceu a interação entre os membros do grupo, por meio de um ambiente de apoio e de compartilhamento sobre questões e sentimentos semelhantes relacionados à afasia. Além disso, a terapia encorajou os participantes do grupo a um aumento da iniciação comunicativa, contribuindo assim para melhora da qualidade de vida no domínio da comunicação.

Quando considerado a amostra estratificada pelos fatores de interesse, os indivíduos mais jovens apresentaram melhora no domínio comunicação. A idade não tem sido associada a uma melhora da QV em pacientes submetidos a terapia grupal (PERSAD; WOZNIAK; KOSTOPOULOS, 2013; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). A amostra desta pesquisa foi constituída de uma parcela expressiva de pacientes mais jovens, que poderiam estar mais motivados para participar do grupo terapêutico em relação aos sujeitos mais idosos, o que pode ter influenciado tal associação com uma melhor QV no domínio comunicação. A

presença de cuidador e um maior número de pessoas na casa foram também relacionadas a melhora da qualidade de vida no domínio da comunicação.

A presença de mais pessoas na casa tem sido considerada como um elemento importante para a melhora da qualidade de vida em pacientes com afasia (MANDERS; DAMMEKENS; LEEMANS; MICHIELS, 2010). Alguns estudos observaram melhora na QV no domínio comunicação nos afásicos cujos cuidadores ou familiares estavam inseridos no contexto da terapia grupal. Porém, tais estudos não analisaram especificamente o impacto do cuidador na QV no domínio da comunicação (MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

Nesta pesquisa, ao final das sessões de terapia em grupo, eram organizados momentos de integração entre familiares, cuidadores e pacientes com afasia, com a intenção de encorajá-los a continuar em casa o trabalho desenvolvido em terapia com práticas de conversação e escrita com seus familiares. Entende-se que a participação dos familiares ou cuidadores neste momento de integração, contribuiu para incentivar a busca de uma melhor forma de comunicação no contexto doméstico, pós terapia.

No presente estudo também foi possível verificar melhor qualidade de vida no domínio comunicação, entre as mulheres. Uma investigação semelhante não observou diferença significativa após terapia grupal relacionado ao gênero (VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005). Em contra partida uma pior qualidade de vida em todos os itens do SAQOL-39 tem sido encontrada mais em mulheres com afasia do que em homens (MANDERS; DAMMEKENS; LEEMANS; MICHIELS, 2010). Considera-se que alguns tópicos desenvolvidos durante a terapia grupal, tais como discussões de receitas culinárias, trabalhos manuais e artesanais podem ter sido bem aceitos entre as mulheres, participantes deste estudo, impactando na sua qualidade de vida neste domínio.

#### *Domínio Psicossocial*

Quanto ao domínio psicossocial do SAQOL-39, houve um aumento dos escores após a terapia em relação aos valores iniciais da amostra geral, porém não de forma significativa. Este domínio envolve questões relacionadas ao humor, à vida social e à autoconfiança (HILARI; BYNG; LAMPING; SMITH, 2003b). Estudos têm demonstrado alta prevalência de depressão em pacientes com afasia após AVC (BAKER; WORRALL; ROSE; HUDSON *et al.*, 2018; KAUKANEN; KORPELAINEN;

HILTUNEN; MAATTA *et al.*, 2000). Este estudo não avaliou a presença de aspectos relacionados a depressão, o que poderia influenciar a associação da terapia em grupo com melhora do domínio psicossocial. No entanto, quando considerados o impacto da terapia em grupo, na amostra estratificada pelos fatores de interesse, indivíduos mais jovens e com severidade mais leve da afasia apresentaram melhora no domínio psicossocial. A idade mais avançada tem sido relacionada a uma pior QV, envolvendo aspectos emocionais e mentais quando comparado a indivíduos de mesma idade, sem doenças neurológicas (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2010). Já em relação a gravidade da afasia, os estudos não têm demonstrado claramente uma associação com a melhor QV no domínio psicossocial (MUMBY; WHITWORTH, 2012; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

No geral, os mecanismos subjacentes às relações entre variáveis sociodemográficas e resultados de QV neste estudo são pouco compreendidos, não sendo possível especular amplamente sobre mecanismos potenciais. Há necessidade de pesquisas qualitativas que explorem o impacto do grupo nos participantes para entender como esses fatores relacionam-se com a experiência e os resultados da terapia de grupo com afasia.

#### *Limitações e Fraquezas*

Este estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, convém ressaltar que a prova de conceito da Fase 1 utilizou uma amostra não probabilística e nenhum grupo controle, assim a atribuição das alterações observadas na QV relacionadas a comunicação apenas a terapia de grupo é injustificada. Segundo o tamanho da amostra, determinado pragmaticamente, pode ter sido um fator limitante para a obtenção de diferença estatística em domínios de QV diferentes dos relacionados a comunicação. No entanto, não foi previsto que esta abordagem terapêutica tivesse tanto impacto nos domínios físico e energético quanto ao foco da terapia de grupo. Terceiro, também não se pode afastar o papel da recuperação espontânea em parte da amostra, considerando que alguns pacientes analisados eram subagudos (3 a 6 meses). De qualquer maneira, sabe-se que a maior recuperação espontânea ocorre durante os primeiros 3 meses, após o AVC (PEDERSEN; JORGENSEN; NAKAYAMA; RAASCHOU *et al.*, 1995). Quarto, outro aspecto a ser considerado é o não



cegamento da fonoaudióloga responsável pelas avaliações de qualidade de vida pós-intervenção, não sendo possível afastar totalmente bias de informação.

#### *Potencialidades do Estudo*

O presente estudo se destaca por ser o primeiro a analisar características sociodemográficas e relacionadas ao AVC de pacientes com afasia submetidos a terapia fonoaudiológica em grupo, que podem ter impactado os escores de QV após a intervenção, incluindo ser mais jovem, ter um cuidador, um número maior de pessoas na casa, e ser mulher. Além disso, a intensidade de 3 horas por semana, totalizando em 36 horas de terapia são consistentes com as argumentações que melhoram a QV (ELMAN; BERNSTEIN-ELLIS, 1999; VAN DER GAAG; SMITH; DAVIS; MOSS *et al.*, 2005).

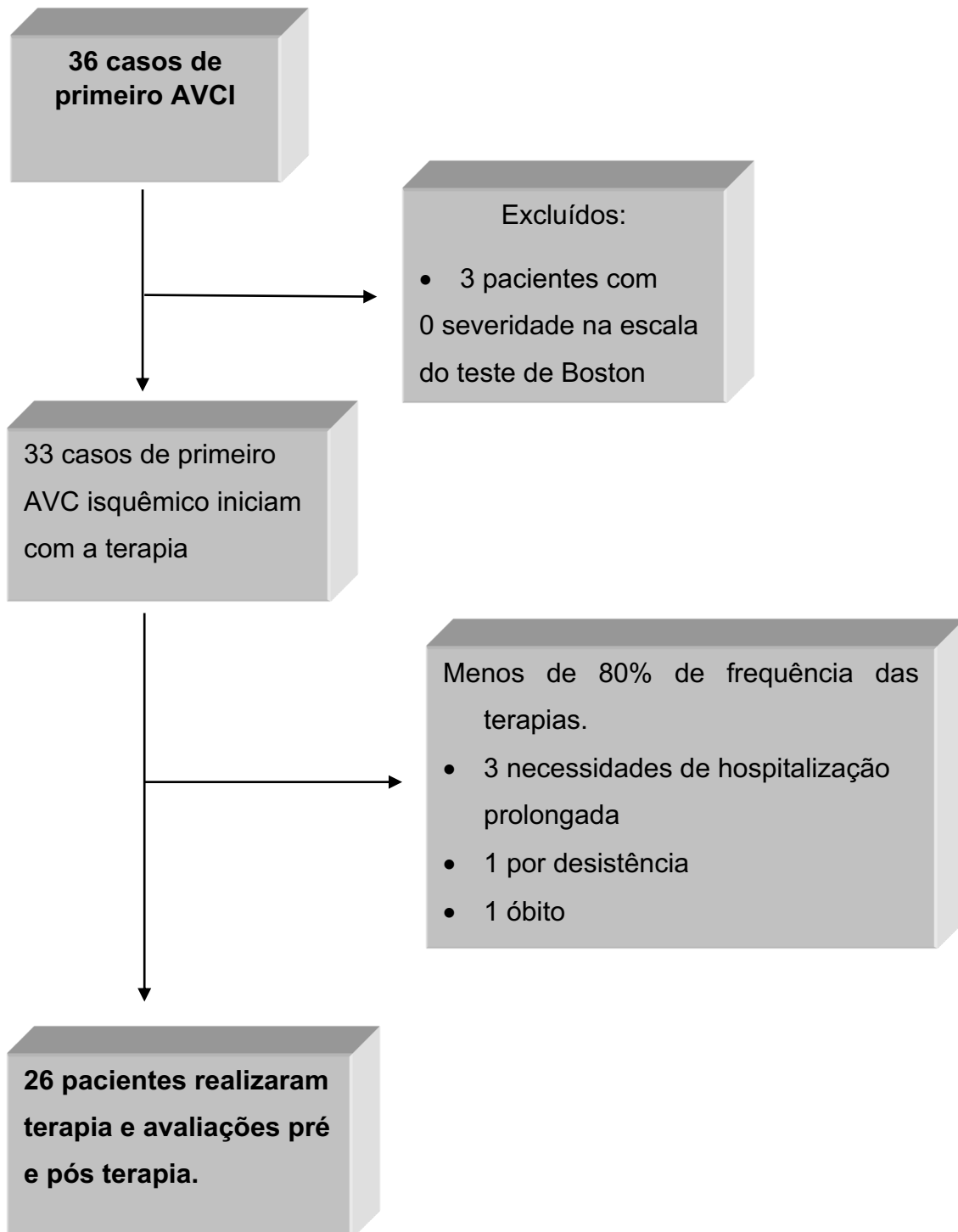
#### *Implicações do estudo*

Os fatores sociodemográficos associados aos resultados de QV, neste estudo, podem ter relevância clínica para a prescrição de terapia de grupo e, também, para fomentar a pesquisa que os investiga em estudos mais rigorosos. Além disso, os resultados agregam peso à necessidade de adaptar os tópicos abordados durante a terapia com base nas características do grupo. Por fim, tais achados parecem reforçar o papel do cuidador, indicando a necessidade de novos estudos para avaliar a relevância do cuidador na melhoria da QV de pessoas com afasia, tanto durante a intervenção terapêutica, quanto fora dela.

### **CONCLUSÃO**

A revisão de literatura realizada para o desenvolvimento desta pesquisa indica que este é o primeiro estudo que investigou os fatores associados à qualidade de vida após terapia em grupo para pacientes com afasia pós AVC. A terapia grupal, de caráter multicomponente para pacientes com afasia subaguda, pode melhorar a qualidade de vida destes pacientes no domínio da comunicação. Novos estudos são necessários para confirmar estes achados iniciais, ampliando a compreensão dos fatores relacionados à terapia fonoaudiológica em grupo.

**FIGURA 1.** FLUXO DA TERAPIA GRUPAL E EXCLUSÕES DOS PACIENTES DO ESTUDO.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este estudo, compilando os três artigos apresentados, possibilitou ampliar o entendimento sobre a prevalência de pacientes com afasia na cidade de Joinville, em um hospital público de referência, compreender que, entre os pacientes com AVC, os afásicos são os mais graves, mais velhos, com maior presença de disartria, maior uso de trombolítico, maior tempo de internação e maior ocorrência de óbitos.

Também foi possível, por meio de uma revisão integrativa da literatura, examinar as evidências da eficácia da terapia grupal na melhoria da qualidade de vida das pessoas com afasia. Essa revisão indicou que o trabalho grupal proporciona aos sujeitos com afasia crônica, um maior número de interlocutores e de tópicos conversacionais, evidenciando melhora no uso que fazem da linguagem e na qualidade de vida destes pacientes. Além disso, as terapias grupais beneficiam aspectos psicossociais do sujeito afásico, tais como: melhora no humor, aumento da confiança, mudanças no estilo de vida, senso de autonomia bem como maior participação social após o AVC.

O trabalho realizado, por meio do estudo de prova de conceito com terapia grupal de múltiplos componentes e de moderada intensidade, demonstrou que após 3 meses de terapia fatores como a idade mais jovem, presença de um cuidador, maior número de pessoas na casa, do gênero feminino, foram associados a uma melhora significativa da qualidade de vida relacionada ao domínio da comunicação do SAQOL-39.

## REFERENCIAS

ABEP. **Brazilian Association of Research Company.** [www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12](http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12), São Paulo, 2016.

ADAMS, H. P., Jr.; BENDIXEN, B. H.; KAPPELLE, L. J.; BILLER, J. *et al.* Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. **Stroke**, 24, n. 1, p. 35-41, Jan 1993.

ATTARD, M. C.; LOUPIS, Y.; TOGHER, L.; ROSE, M. L. The efficacy of an inter-disciplinary community aphasia group for living well with aphasia. **Aphasiology**, 32, n. 2, p. 105-138, 2018/02/01 2018.

BAKER, C.; WORRALL, L.; ROSE, M.; HUDSON, K. *et al.* A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. **Disability and Rehabilitation**, 40, n. 16, p. 1870-1892, 2018/07/31 2018.

BAUMANN, M.; LE BIHAN, E.; CHAU, K.; CHAU, N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. **BMC neurology**, 14, n. 1, p. 92, 2014.

BERNSTEIN-ELLIS, E.; ELMAN, R. J. Aphasia Group Communication Treatment: The Aphasia Center of California Approach. *In*: ELMAN, R. J. (Ed.). **Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders The Expert Clinician's Approach** 2006. cap. 5.

BERSANO, A.; BURGIO, F.; GATTINONI, M.; CANDELISE, L. Aphasia burden to hospitalised acute stroke patients: need for an early rehabilitation programme. **International Journal of Stroke**, 4, n. 6, p. 443-447, 2009.

BOWEN, A.; GITTINS, M.; VAIL, A.; CONROY, P. *et al.* Prevalence of aphasia and co-occurrence of dysarthria: the UK Sentinel Stroke National Audit Programme AU - Mitchell, Claire. **Aphasiology**, 32, n. sup1, p. 145-146, 2018/07/26 2018.

BRADY, M. C.; ALI, M.; VANDENBERG, K.; WILLIAMS, L. J. *et al.* RELEASE: a protocol for a systematic review based, individual participant data, meta- and network meta-analysis, of complex speech-language therapy interventions for stroke-related aphasia. **Aphasiology**, p. 1-21, 2019.

BRADY, M. C.; KELLY, H.; GODWIN, J.; ENDERBY, P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 5, p. CD000425, 2012.

BRADY, M. C.; KELLY, H.; GODWIN, J.; ENDERBY, P. *et al.* Speech and language therapy for aphasia following stroke. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 6, p. CD000425, 2016.

BREITENSTEIN, C.; GREWE, T.; FLOEL, A.; ZIEGLER, W. *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. **Lancet**, 389, n. 10078, p. 1528-1538, Apr 15 2017.

BRUMFITT, S. M.; SHEERAN, P. An evaluation of short-term group therapy for people with aphasia. **Disability and Rehabilitation**, 19, n. 6, p. 221-230, 1997/01/01 1997.

CABRAL, N. L.; COUGO-PINTO, P. T.; MAGALHAES, P. S.; LONGO, A. L. *et al.* Trends of Stroke Incidence from 1995 to 2013 in Joinville, Brazil. **Neuroepidemiology**, 46, n. 4, p. 273-281, 2016.

CABRAL, N. L.; GONÇALVES, A. R.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. *et al.* Trends in stroke incidence, mortality and case fatality rates in Joinville, Brazil: 1995–2006. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, 80, n. 7, p. 749-754, 2009.

CABRAL, N. L.; GONÇALVES, A. R. R.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. C. *et al.* Trends in stroke incidence, mortality and case fatality rates in Joinville, Brazil: 1995-2006. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, 80, n. 7, p. 749-754, 2009.

CABRAL, N. L.; LONGO, A. L.; MORO, C. H.; AMARAL, C. H. *et al.* Epidemiologia dos Acidentes Cerebrovasculares em Joinville, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 553, n. 3-A, p. 357-363, 1997.

CABRAL, N. L.; NAGEL, V.; CONFORTO, A. B.; AMARAL, C. H. *et al.* Five-year survival, disability, and recurrence after first-ever stroke in a middle-income country: A population-based study in Joinville, Brazil. **Int J Stroke**, p. 1747493018763906, Jan 1 2018.

CODE, C.; PETHERAM, B. Delivering for aphasia. **Int J Speech Lang Pathol**, 13, n. 1, p. 3-10, Feb 2011.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences** New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.

CORSTEN, S.; SCHIMPF, E. J.; KONRADI, J.; KEILMANN, A. *et al.* The participants' perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. **Int J Lang Commun Disord**, 50, n. 6, p. 788-800, Nov-Dec 2015.

CRUICE, M.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. **Aphasiology**, 20, n. 12, p. 1210-1225, 2006.

CRUICE, M.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. **J Fluency Disord**, 35, n. 3, p. 173-189, Sep 2010.

CRUICE, M.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Reporting on psychological well-being of older adults with chronic aphasia in the context of unaffected peers. **Disabil Rehabil**, 33, n. 3, p. 219-228, 2011.

DALEMANS, R. J.; DE WITTE, L.; WADE, D.; VAN DEN HEUVEL, W. Social participation through the eyes of people with aphasia. **Int J Lang Commun Disord**, 45, n. 5, p. 537-550, Sep-Oct 2010.

DATASUS. **Mortbidade Hospitalar do SUS- por local de internação- Brasil**. p. CID-10 Acid vascular cerebr isquêm transit e síndr correl, Acid vascular cerebr não espec hemorrág. ou isquêm, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 26 February.

DE SANTANA, N. M.; DOS SANTOS FIGUEIREDO, F. W.; DE MELO LUCENA, D. M.; SOARES, F. M. *et al.* The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. **BMC research notes**, 11, n. 1, p. 735, 2018.

DICKEY, L.; KAGAN, A.; LINDSAY, M. P.; FANG, J. *et al.* Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, 91, n. 2, p. 196-202, 2010.

DIGNAM, J.; COPLAND, D.; MCKINNON, E.; BURFEIN, P. *et al.* Intensive Versus Distributed Aphasia Therapy: A Nonrandomized, Parallel-Group, Dosage-Controlled Study. **Stroke**, 46, n. 8, p. 2206-2211, Aug 2015.

EFSTRATIADOU, E.-A.; PAPATHANASIOU, I.; HOLLAND, R.; VARLOKOSTA, S. *et al.* Efficacy of elaborated semantic features analysis in Aphasia: a quasi-randomised controlled trial. **Aphasiology**, p. 1-22, 2019.

ELLIS, C.; SIMPSON, A. N.; BONILHA, H.; MAULDIN, P. D. *et al.* The one-year attributable cost of poststroke aphasia. **Stroke**, p. STROKEAHA. 111.647339, 2012.

ELLIS, C.; URBAN, S. Age and aphasia: a review of presence, type, recovery and clinical outcomes. **Topics in Stroke Rehabilitation**, 23, n. 6, p. 430-439, 2016/08/17 2016.

ELMAN, R. **The Importance of Aphasia Group Treatment for Rebuilding Community and Health.** 2007. 300-308 p.

ELMAN, R.; BERNSTEIN-ELLIS, E. The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. **J Speech Lang Hear Res**, 42, n. 2, p. 411-419, Apr 1999.

ENGELTER, S. T.; GOSTYNSKI, M.; PAPA, S.; FREI, M. *et al.* Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. **Stroke**, 37, n. 6, p. 1379-1384, Jun 2006.

FAMA, M. E.; BARON, C. R.; HATFIELD, B.; TURKELTAUB, P. E. Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. **Top Stroke Rehabil**, 23, n. 4, p. 276-283, Aug 2016.

FEIGIN, V. L.; LAWES, C. M.; BENNETT, D. A.; BARKER-COLLO, S. L. *et al.* Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. **The Lancet Neurology**, 8, n. 4, p. 355-369, 2009.

FLOWERS, H. L.; SILVER, F. L.; FANG, J.; ROCHON, E. *et al.* The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. **Journal of communication disorders**, 46, n. 3, p. 238-248, 2013.

FLOWERS, H. L.; SKORETZ, S. A.; SILVER, F. L.; ROCHON, E. *et al.* Poststroke Aphasia Frequency, Recovery, and Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Arch Phys Med Rehabil**, 97, n. 12, p. 2188-2201.e2188, Dec 2016.

FONTOURA, D.; RODRIGUES, J.; BRANDÃO, L.; MONÇÃO, A. *et al.* Efficacy of the Adapted Melodic Intonation Therapy: a case study of a Broca's Aphasia Patient. **Revista Distúrbios da Comunicação**, 26, p. 641-655, 12/01 2014.

GONZALEZ MC, F.; LAVADOS, G. P.; OLAVARRIA, I. V. [Incidence of aphasia in patients experiencing an ischemic stroke]. **Rev Med Chil**, 145, n. 2, p. 194-200, Feb 2017.

GOODGLASS, H.; KAPLAN, E.; BARRESI, B. **The assessment of aphasia and related disorders.** Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 068330559X.

HILARI, K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? **Disabil Rehabil**, 33, n. 3, p. 211-218, 2011.

HILARI, K.; BYNG, S.; LAMPING, D. L.; SMITH, S. C. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. **Stroke**, 34, n. 8, p. 1944-1950, Aug 2003a.

HILARI, K.; BYNG, S.; LAMPING, D. L.; SMITH, S. C. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. **Stroke**, 34, n. 8, p. 1944-1950, Aug 2003b.

HILARI, K.; NEEDLE, J. J.; HARRISON, K. L. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. **Arch Phys Med Rehabil**, 93, n. 1 Suppl, p. S86-95, Jan 2012.

HILARI, K.; WIGGINS, R.; ROY, P.; BYNG, S. *et al.* Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. **Aphasiology**, 17, n. 4, p. 365-381, 2003/01/01 2003.

HILLIS, A. E.; BEH, Y. Y.; SEBASTIAN, R.; BREINING, B. *et al.* Predicting recovery in acute poststroke aphasia. **Annals of neurology**, 83, n. 3, p. 612-622, 2018.

HOOVER, E. L.; CAPLAN, D. N.; WATERS, G. S.; CARNEY, A. Communication and quality of life outcomes from an interprofessional intensive, comprehensive, aphasia program (ICAP). **Top Stroke Rehabil**, 24, n. 2, p. 82-90, Mar 2017.

INATOMI, Y.; YONEHARA, T.; OMIYA, S.; HASHIMOTO, Y. *et al.* Aphasia during the acute phase in ischemic stroke. **Cerebrovasc Dis**, 25, n. 4, p. 316-323, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/joinville.html>. Acesso em: February 27, 2019.

KADOJIC, D.; BIJELIC, B. R.; RADANOVIC, R.; POROBIC, M. *et al.* Aphasia in patients with ischemic stroke. **Acta Clin Croat**, 51, n. 2, p. 221-225, Jun 2012.

KAUHANEN, M. L.; KORPELAINEN, J. T.; HILTUNEN, P.; MAATTA, R. *et al.* Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. **Cerebrovasc Dis**, 10, n. 6, p. 455-461, Nov-Dec 2000.

KUMRAL, E.; CELEBISOY, M.; CELEBISOY, N.; CANBAZ, D. H. *et al.* Dysarthria due to supratentorial and infratentorial ischemic stroke: a diffusion-weighted imaging study. **Cerebrovasc Dis**, 23, n. 5-6, p. 331-338, 2007.

KYROZIS, A.; POTAGAS, C.; GHIKA, A.; TSIMPOURIS, P. K. *et al.* Incidence and predictors of post-stroke aphasia: the Arcadia Stroke Registry. **Eur J Neurol**, 16, n. 6, p. 733-739, Jun 2009.



LAM, J. M.; WODCHIS, W. P. The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. **Med Care**, 48, n. 4, p. 380-387, Apr 2010.

LANYON; WORRALL, L.; ROSE, M. Exploring participant perspectives of community aphasia group participation: from "I know where I belong now" to "Some people didn't really fit in". **Aphasiology**, 32, n. 2, p. 139-163, 2018/02/01 2018.

LANYON, L.; WORRALL, L.; ROSE, M. What really matters to people with aphasia when it comes to group work? A qualitative investigation of factors impacting participation and integration. **Int J Lang Commun Disord**, Jan 19 2018.

LANYON, L. E.; ROSE, M. L.; WORRALL, L. The efficacy of outpatient and community-based aphasia group interventions: a systematic review. **Int J Speech Lang Pathol**, 15, n. 4, p. 359-374, Aug 2013.

LASKA, A.; HELLBLOM, A.; MURRAY, V.; KAHAN, T. *et al.* Aphasia in acute stroke and relation to outcome. **Journal of internal medicine**, 249, n. 5, p. 413-422, 2001.

LIMA, R. R.; MASSI, G. A.; GUARINELLO, A. C.; SILVEIRA, N. C. *et al.* The impact of group therapy for aphasia on quality of life. **Aphasiology**, 32, n. S1, p. 126-127, 2018.

LLOYD-JONES, D.; ADAMS, R. J.; BROWN, T. M.; CARNETHON, M. *et al.* Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, 121, n. 7, p. e46-e215, Feb 23 2010.

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**, 32, n. 3, p. 173-182, 2010/01/01 2010.

MUMBY, K.; WHITWORTH, A. Evaluating the effectiveness of intervention in long-term aphasia post-stroke: the experience from CHANT (Communication Hub for Aphasia in North Tyneside). **Int J Lang Commun Disord**, 47, n. 4, p. 398-412, Jul-Aug 2012.

NIHSS. **NIH Stroke Scale International**. <http://www.nihstrokescale.org/portuguese.shtml>, 1999-2010.

ORTIZ, G. A.; L. SACCO, R. National institutes of health stroke scale (nihss). **Wiley StatsRef: Statistics Reference Online**, 2014.

PEDERSEN, P. M.; JORGENSEN, H. S.; NAKAYAMA, H.; RAASCHOU, H. O. *et al.* Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. **Ann Neurol**, 38, n. 4, p. 659-666, Oct 1995.

PERSAD, C.; WOZNIAK, L.; KOSTOPOULOS, E. Retrospective analysis of outcomes from two intensive comprehensive aphasia programs. **Top Stroke Rehabil**, 20, n. 5, p. 388-397, Sep-Oct 2013.

PIERCE, J. E.; MENAHEMI-FALKOV, M.; O'HALLORAN, R.; TOGHER, L. *et al.* Constraint and multimodal approaches to therapy for chronic aphasia: A systematic review and meta-analysis. **Neuropsychological Rehabilitation**, p. 1-37, 2017.

PIERCE, J. E.; O'HALLORAN, R.; TOGHER, L.; ROSE, M. L. What Is Meant by "Multimodal Therapy" for Aphasia? **American Journal of Speech-Language Pathology**, p. 1-11, 2019.

RADANOVIC, M.; MANSUR, L. L. Performance of a Brazilian population sample in the Boston Diagnostic Aphasia Examination: a pilot study. **Braz J Med Biol Res**, 35, n. 3, p. 305-317, Mar 2002.

RIBEIRO, C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39. 2008.

ROBEY, R. R. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, 41, n. 1, p. 172-187, 1998.

RODRIGUES, I. T.; LEAL, M. G. Tradução portuguesa e análise de aspectos psicométricos da escala "Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)". **Audiology - Communication Research**, 18, p. 339-344, 2013.

ROSE, M. L.; ALI, M.; ELDERS, A.; GODWIN, J. *et al.* Tidier descriptions of speech and language therapy interventions for people with aphasia; consensus from the RELEASE Collaboration. **Aphasiology**, 32, n. sup1, p. 183-186, 2018/07/26 2018.

ROSE, M. L.; CHERNEY, L. R.; WORRALL, L. E. Intensive comprehensive aphasia programs: an international survey of practice. **Top Stroke Rehabil**, 20, n. 5, p. 379-387, Sep-Oct 2013.

ROSE, M. L.; MOK, Z.; CARRAGHER, M.; KATTHAGEN, S. *et al.* Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse. **Aphasiology**, 30, n. 6, p. 678-698, 2016/06/02 2016.

ROSEMBACK, R. G.; RIGOTTI, J. I. R.; FEITOSA, F. d. F.; MONTEIRO, A. M. V. Demography, territorial planning and housing: prognosis of the housing situation in the North Coast of São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 34, n. 2, p. 301-320, 2017.

ROSS, A.; WINSLOW, I.; MARCHANT, P. R.; BRUMFITT, S. M. Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. **Aphasiology**, 20, n. 5, p. 427-448, 2006.

SHADDEN, B. Aphasia as identity theft: Theory and practice. **Aphasiology**, 19, n. 3-5, p. 211-223, 2005.

SHAFTO, M. A.; TYLER, L. K. Language in the aging brain: the network dynamics of cognitive decline and preservation. **Science**, 346, n. 6209, p. 583-587, 2014.

SIMMONS-MACKIE, N.; CHERNEY, L. Aphasia in North America: Highlights of a White Paper. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 99, p. e117, 10/01 2018.

SIMMONS-MACKIE, N.; SAVAGE, M. C.; WORRALL, L. Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. **Int J Lang Commun Disord**, 49, n. 5, p. 511-526, Sep-Oct 2014.

SULLIVAN, R.; HARDING, K. Do patients with severe poststroke communication difficulties have a higher incidence of falls during inpatient rehabilitation? A retrospective cohort study. **Topics in Stroke Rehabilitation**, p. 1-6, 2019.

SULTER, G.; STEEN, C.; DE KEYSER, J. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. **Stroke**, 30, n. 8, p. 1538-1541, Aug 1999.

TRUELSEN, T.; HEUSCHMANN, P.; BONITA, R.; ARJUNDAS, G. *et al.* Standard method for developing stroke registers in low-income and middle-income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke). **The lancet neurology**, 6, n. 2, p. 134-139, 2007.

URBAN, P. P.; ROLKE, R.; WICHT, S.; KEILMANN, A. *et al.* Left-hemispheric dominance for articulation: a prospective study on acute ischaemic dysarthria at different localizations. **Brain**, 129, n. 3, p. 767-777, 2006.

VAN DER GAAG, A.; SMITH, L.; DAVIS, S.; MOSS, B. *et al.* Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. **Clin Rehabil**, 19, n. 4, p. 372-380, Jun 2005.

VICKERS, C. P. Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. **Aphasiology**, 24, n. 6-8, p. 902-913, 2010/07/20 2010.

WALLENTIN, M. Sex differences in post-stroke aphasia rates are caused by age. A meta-analysis and database query. **PloS one**, 13, n. 12, p. e0209571, 2018.

WHYTE, J.; GORDON, W.; ROTH, L. J. G. A phased developmental approach to neurorehabilitation research: the science of knowledge building. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, 90, n. 11, p. S3-S10, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 26 february.

WORRALL, L. E.; HUDSON, K.; KHAN, A.; RYAN, B. *et al.* Determinants of Living Well With Aphasia in the First Year Poststroke: A Prospective Cohort Study. **Arch Phys Med Rehabil**, 98, n. 2, p. 235-240, Feb 2017.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Os efeitos de uma intervenção fonoaudiológica grupal na qualidade de vida de sujeitos afásicos crônicos.

Pesquisador Responsável: Fga. Roxele Ribeiro Lima

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 41- 3331-7655

O objetivo desta pesquisa é avaliar o impacto da terapia fonoaudiológica com base dialógica em grupo quanto à melhora da qualidade de vida e nos aspectos linguísticos.

A pesquisa deve contribuir na conscientização da importância do tratamento fonoaudiológico da afasia na melhora da qualidade de vida dos pacientes vítima de AVC. Trata-se de um estudo em que serão coletados dados do prontuário médico no período em que você, participante, esteve internado devido a um AVC. Também algumas perguntas de caráter sócioeconômico. Na sequência será aplicado um questionário padronizado para avaliar sua qualidade de vida após o AVC e um teste para avaliar melhor sua linguagem. Você realizará estes protocolos duas vezes: no momento da inclusão do estudo, e após o término da mesma. Você será introduzido em um grupo de pessoas com dificuldades na comunicação onde será realizada terapia por um fonoaudiólogo. As avaliações e terapia serão gravada afim de uma melhor análise da sua evolução e utilizada apenas para este estudo. Em qualquer momento da entrevista, bem como mesmo após sua aceitação em tomar parte da pesquisa você poderá desistir de participar sem necessidade de quaisquer explicações. A pesquisa não oferece risco a não serem aqueles considerados mínimos da própria vida e todos os cuidados têm sido tomados para que não exista a sua identificação em qualquer etapa da pesquisa ou na fase de publicações dos resultados. Reiteramos que a sua participação na pesquisa é totalmente voluntária e sua decisão de participar ou não, não acarretará qualquer prejuízo no seu acompanhamento médico.

Eu, \_\_\_\_\_ RG ou CPF \_\_\_\_\_,

concordo em participar do estudo que irá analisar os efeitos de uma intervenção fonoaudiológica dialógica em grupo na qualidade de vida e na comunicação de sujeitos afásicos crônicos. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Roxele Ribeiro Lima sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável, RG ou CPF: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B-PROTOCOLO DE PESQUISA

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cuidador ( ) F ( ) M ( ) Não tem

1. Número do Sujeito na Pesquisa \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Estado Civil: ( ) união estável ( ) solteiro  
( ) viúvo ( ) divorciado/separado
5. Aposentado antes do AVC: ( ) Sim ( ) Não
6. Atividade Laboral antes do AVC: \_\_\_\_\_
7. Situação Laboral após o AVC: ( ) aposentou-se ( ) seguro saúde  
( ) trabalhando mesma função ( ) trabalhando em outra função
8. Escolaridade:  
Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto ( )  
Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto ( )  
Ensino profissionalizante completo ( ) Ensino profissionalizante incompleto ( )  
Ensino superior completo ( ) Ensino superior completo ( )  
Pós graduação completo ( ) Pós graduação incompleto ( )
9. Renda Familiar na casa em que mora o paciente:  
( ) ≤ 2 salários mínimos ( ) 3-5 salários mínimos ( ) 5-10 salários mínimos  
( ) ≥ 10 salários mínimos
10. Quantos moram na casa além do paciente : \_\_\_\_\_
11. Fazia atividade física antes do AVC:  
( ) Nenhuma ( ) 1x/semana ( ) 2-3x/semana ( ) >3x/semana
12. Faz atividade física após o AVC  
( ) Nenhuma ( ) 1x/semana ( ) 2-3x/semana ( ) >3x/semana
13. Atividades sociais regulares (clube, igreja, associações...) antes do AVC:  
( ) Nenhuma ( ) 1x/semana ( ) 2-3x/semana ( ) >3x/semana
14. Atividades sociais regulares (clube, igreja, associações...) após do AVC:  
( ) Nenhuma ( ) 1x/semana ( ) 2-3x/semana ( ) >3x/semana
15. Data do AVC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
16. Realiza(ou) terapia fonoaudiológica para afasia? ( ) S ( ) N  
Período : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Horas semanais \_\_\_\_\_
17. Outras Terapias realizadas ou realizando no momento:  
( ) Fisio ( ) TO ( ) Psicólogo ( ) outras \_\_\_\_\_  
Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
18. Possui alguma das doenças abaixo:  
( ) Hipertensão Arterial  
( ) Doença do Coração (Infarto prévio, Angina, Insuficiência Cardíaca, Arritmias)  
( ) Dislipidemia  
( ) Diabetes  
( ) Câncer  
( ) Doença Renal  
Outras ( ) sim ( ) não Quais: \_\_\_\_\_
19. Outras Seqüelas do AVC  
( ) dificuldade para ler  
( ) diminuição de força em membro superior  
( ) diminuição de força em membro inferior  
( ) dificuldade para deglutir  
( ) dificuldade para escrever  
( ) desequilíbrio
20. Leitura:  
Costumava ler antes do AVC ( ) S ( ) N O quê? \_\_\_\_\_ Frequência \_\_\_\_\_  
Após o AVC lê ? ( ) S ( ) N O quê? \_\_\_\_\_ Frequência \_\_\_\_\_
21. Local da Lesão na Tomografia ou Ressonância de Crânio no Diagnóstico do AVC \_\_\_\_\_
22. Dominância Manual \_\_\_\_\_
23. Presença de Bilingüismo ( ) S ( ) N

## APÊNDICE C. TERAPIA EM GRUPO POR SESSÃO

Sessões/Temas	Expressão Oral	Alvo	Tarefas	Prompting do terapeuta	Para realizar em casa
1. Introdução ao grupo  <i>O fonoaudiólogo explica como serão as terapias</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onde você nasceu?</li> <li>• Você é casado?</li> <li>• Você tem filhos? Quantos?</li> <li>• Você tem netos? Quantos?</li> <li>• Você tem algum animal de estimação?</li> <li>• Qual era a sua profissão antes de ter AVC?</li> <li>• Você lembra quando teve o AVC? Como foi?</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos participantes</li> </ul>	Escrita no quadro	Selecionar fotos da família para mostrar ao grupo, na próxima sessão, explicando o que estava acontecendo na imagem fotográfica momento.
2. Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes falam sobre sua semana ou final de semana</li> <li>• Participantes mostram fotos da família</li> <li>• Momento de conversação</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar com a letra faltante relacionada ao tópico abordado.</li> <li>• Juntar as sílabas para formar uma palavra (ex. Fi-lha)</li> </ul> <p>Colar no caderno</p>	Gestual, escrita e verbal	Reescrever as palavras coladas no caderno. Tentar escrever uma frase.
3. Jogos infantis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes falam sobre a semana ou final de semana</li> <li>• Participantes falam sobre jogos que eles costumavam jogar quando crianças</li> <li>• O fonoaudiólogo mostra diferentes <i>slides</i>, referentes a jogos e os participantes conversam sobre esses jogos.</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da memória (palavra e figura) relacionado ao tópico.</li> <li>• Organização de jogos infantis</li> <li>• Exercício de raciocínio lógico relacionado com o tema **</li> </ul>	Gestual e verbal	<p>Compreensão da leitura.</p> <p>Para a próxima sessão:</p> <p>Pensar e conversar com familiares sobre seu som favorito e por que foi importante na</p>

					sua vida.
4. Instrumentos musicais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes falam sobre seu instrumento musical favorito e se eles tocam algum.</li> <li>• Participantes falam sobre seu som favorito e explicam por que foi importante.</li> <li>• Ouvir e cantar parte da música escolhida.</li> </ul>	Conversação, percepção auditiva e desenvolvimento melódico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eles ouvem o som de um instrumento e identificam o instrumento que está tocando.</li> <li>• Complete a música com a palavra que falta - Eles devem recortar as palavras e colá-las no espaço disponível. Os participantes recebem um papel com parte de uma música comum e precisam cantarolá-la (<i>humming</i>) para seus colegas adivinharem a música.</li> </ul>	Verbal	Caça palavras
5. Sons	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuação da conversa sobre sua música favorita e explicar por que ela impactou suas vidas.</li> <li>• Ouvir e cantar parte das músicas</li> </ul>	Conversação, compreensão auditiva e desenvolvimento melódico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cante a música e encene a sequência música brasileira (Boneca de lata)</li> <li>• O terapeuta faz perguntas sobre a música para verificar a compreensão dos participantes.</li> <li>• O terapeuta pede aos participantes para colocar os cartões da música em sequência.</li> <li>• Em grupos, os participantes fazem uma boneca com materiais diversos.</li> </ul>	Verbal	Para a próxima sessão: Pensar e discutir com a família sobre viagens e escrever no caderno.
6. Viagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes falam sobre lugares que viajaram e que mais gostaram.</li> </ul>	Conversação e compreensão	O terapeuta mostra fotos do Rio de Janeiro e fala sobre atrações turísticas	Verbal	Raciocínio lógico**



		auditiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faça perguntas sobre o tópico para verificar a compreensão</li> <li>• Os participantes devem pintar o mapa do Brasil: Cidade onde nasceram. (por exemplo, verde)</li> <li>• Lugar que eles querem visitar (por exemplo, amarelo)</li> <li>• Cidade onde eles moram (por exemplo, vermelho),</li> <li>• quebra-cabeça mapa do mundo</li> </ul>		
7. Cidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes conversam sobre atrações turísticas em Joinville.</li> <li>• Aspectos positivos e negativos da cidade.</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da memória sobre atrações turísticas em Joinville.</li> <li>• Jogo da força sobre as cidades de Santa Catarina</li> </ul>	Escrita	Discutir com os familiares sobre atrações em Joinville que gostaria de conhecer.
8. Relógio e tempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar sobre o tempo, que passa muito rápido.</li> <li>• Por meio de slides explicar sobre os relógios antigos, atuais e curiosidades.</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer um relógio de cartolina para a finalização na próxima sessão.</li> <li>• Realizar atividade de sequência.</li> </ul>	Gestual, escrita, verbal	Escrever no caderno a rotina realizada diariamente.
9. Tempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ler um poema “O Tempo Cura” - Botelho Campos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir e escrever ou colar na cartolina, em forma de relógio, o que os participantes realizam durante o dia.</li> </ul> </li> <li>• Apresentar sua rotina para os integrantes do grupo.</li> </ul>	Leitura e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir e cantar a música trem bala – Ana Vilela. Discutir sobre a música e completar palavras que faltam nos espaços.</li> </ul>	Verbal	Manter a escrita da rotina

10. Escrita do livro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os participantes falam sobre vidas</li> <li>Realizam escrita com ajuda dos terapeutas</li> </ul>	Escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo para escrita e conversar sobre aspectos da vida</li> </ul>	----	Revisar a escrita do livro com os familiares
11. Tópico alimentar/ realização de um bolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciamos com a receita de um bolo. Todos os participantes realizam um bolo</li> </ul>	Conversação e leitura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conversar sobre sua receita predileta. Por quê?</li> <li>Enquanto o bolo está assando, conversar sobre os passos para a realização de uma feijoada e ingredientes utilizados.</li> </ul>	verbal	Raciocínio lógico **
12. Tópico alimentar/ paladar e olfato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participantes, de olhos vendados, degustam e/ou sentem o cheiro do alimento ofertado.</li> <li>Os participantes devem descrever características da comida e após dizer o nome.</li> <li>Conversar como foi a experiência de não conseguir enxergar. Discutir sobre o impacto disto na vida de uma pessoa.</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recortar e colar itens do supermercado e escrever os nomes no caderno. Após, falar por que escolheu aquele produto. Realizar frases relacionadas aos objetos escolhidos.</li> </ul>	Verbal	Associação de letras relacionado à comida.
13. Tópico alimentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem ver os objetos inseridos em sacola com produtos de supermercado, o participante deverá tocar no objeto e descrever o que é e falar o nome.</li> </ul>	Compreensão da leitura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jogar “eu fui no Mercado e comprei...”</li> <li>Ler o texto sobre mercearia e após colocar em sequência conforme a ordem que estava no texto e responder perguntas relacionadas ao texto.</li> </ul>	Verbal	<p>Conversar com a família sobre: Você acredita em plantas medicinais?</p> <p>Quais foram os remédios caseiros que você já ingeriu ou costuma ingerir?</p>
14. Remédios caseiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falar sobre remédios caseiros.</li> <li>Você acredita em plantas que curam?</li> <li>Quais remédios caseiros você usou ou</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jogo da força</li> <li>Análise das características semânticas</li> </ul>	Gestual, escrita e verbal	Palavra cruzada

	<p>tomou?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você acha que as pessoas ainda usam esses medicamentos, hoje?</li> <li>• Refletir com o grupo aspectos relacionados às crenças e práticas populares no processo saúde-doença (ervas medicinais, simpatia e remédios caseiros), que nos permitem trocar experiências e comparar o passado com o presente.</li> </ul>				
15. Mitos e lendas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você acredita em lenda? Por que elas foram criadas?</li> <li>• Apresentar um vídeo sobre a história da mula sem cabeça.</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um participante descreve as características de uma lenda e os outros adivinham o que é.</li> <li>• Jogo da memória;</li> <li>• Carta enigmática.</li> </ul>	Verbal	Completar as palavras que estão faltando na história mula sem cabeça.
16. Tiras de revista, charadas e enigmas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes recebem uma tira de revista e explicam o que entenderam.</li> <li>• Ler uma charada e outros do grupo adivinham a resposta.</li> </ul>	Leitura e desenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada participante recebe uma figura e tem que realizar um desenho para os outros do grupo adivinharem.</li> </ul>	Verbal	Rima de palavras
17. Animais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes conversam sobre os animais e sua serventia antigamente e atualmente</li> </ul>	Mímica e atividades escritas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada participante recebe uma figura de um animal e deve realizar uma mímica.</li> <li>• Letra faltante relacionado aos animais.</li> </ul>	Gestual, escrita e verbal	Raciocínio lógico
18. Profissões	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar no power point, as profissões atuais e as antigas. Discutir.</li> <li>• Ler características de algumas profissões e os participantes adivinham qual é a profissão.</li> </ul>	Conversação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da memória</li> <li>• Jogo do bingo</li> <li>• Análise das características semânticas</li> </ul>	Gestual, escrita e verbal	Raciocínio lógico

19. Esportes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por meio de um vídeo mostrar os esportes e os jogos paraolímpicos. Discutir sobre esportes</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quebra cabeça</li> <li>• Jogo da força</li> </ul>	Gestural e verbal	Conversar com os familiares sobre os esportes que foram discutidos em terapia, tentar escrever no caderno.
20. Questões polêmicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar sobre poluição e o meio ambiente.</li> <li>• Mostrar um vídeo sobre a escassez da água. Discutir sobre essa temática</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise das características semânticas</li> </ul>	Gestural e verbal	Caça palavras
21. Estações do ano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação no power point sobre cada estação e discussão sobre o tema.</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise das características semânticas</li> <li>• Jogo da memória</li> <li>• Em uma cartolina colar figuras relacionadas a cada estação do ano</li> <li>• Discutir sobre comidas, roupas, clima das estações</li> </ul>	Gestural e verbal	Conversar com a família sobre filmes, novelas que mais gostaram. Escrever o nome no caderno.
22. Filmes e novelas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar por meio de Power Point filmes e novelas mais conhecidos. Discutir.</li> <li>• Discutir passado e presente. Ex televisão preto e branca, como eram realizadas as gravações.</li> </ul>	Conversação e escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juntando palavras por meio de papeis formando palavras ex. Te- levisão</li> <li>• Colar no caderno</li> </ul>	Gestural e verbal	Caça palavras
23. Transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes falam sobre os meios de transporte do passado, presente e futuro.</li> </ul>	Conversação, escrita desenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raciocínio lógico</li> <li>• Jogo da força sobre transporte.</li> </ul>	Verbal	Palavras cruzadas

		e gestual			
24. Relembrando as terapias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relato pessoal e grupal sobre como foram as terapias</li></ul>	Conversaço	<ul style="list-style-type: none"><li>• Análise das características semânticas</li><li>• Jogo: Quem eu sou?</li></ul>	Verbal	

## ANEXO A - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL



**CRITÉRIO**  
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA  
**BRASIL**

**ABEP**  
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

### **SISTEMA DE PONTOS**

#### **Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### **Grau de Instrução do chefe de família**

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

### **CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

## **PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS**

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

## **Televisores**

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

## **Rádio**

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

## **Banheiro**

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

## **Automóvel**

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org  
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 - IBOPE

## **Empregado doméstico**

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

## **Máquina de Lavar**

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática  
O tanquinho NÃO deve ser considerado.

## **Videocassete e/ou DVD**

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

## **Geladeira e Freezer**

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:  
Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;  
Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

## ANEXO B-FOLHA DE ANOTAÇÃO DO TESTE DE BOSTON PARA DIAGNÓSTICO DAS AFASIAS REDUZIDO

### I-CONVERSAÇÃO E FALA ESPONTÂNEA

a) Respostas sociais simples: ...../ 7

b - c) Conversação livre / Descrição de prancha: ( ) Discurso Fluente ( ) Discurso Não Fluente

1. ( ) Anomia	7. ( ) Parafasia Fonológica
2. ( ) Disartria	8. ( ) Mutismo
3. ( ) Jargão	9. ( ) Estereotipia
4. ( ) Parafasia Semântica	10. ( ) Parafasia Verbal
5. ( ) Dispraxia de Fala	11. ( ) Agramatismo
6. ( ) Neologismo	12. ( ) Perseveração
	13. ( ) Circunlóquio

### II – COMPREENSÃO AUDITIVA

Total do Paciente	Avaliação	Reavaliação	Total do Teste
a) Palavras			16
b) Ordens			10
c) Material Ideacional Complexo			6

### III – EXPRESSÃO ORAL

Total do Paciente	Avaliação	Reavaliação	Total do Teste
a) Sequências automáticas			4
b.1) Repetição de palavras			5
b.2) Repetição de sentenças			2
c.1) Denominação responsiva			10
<b>c.2) Teste de nomeação de Boston – reduzido</b>			15
c.3) Varredura para categorias específicas			12

### IV – LEITURA

Total do Paciente	Avaliação	Reavaliação	Total do Teste
a.1) Emparelhar letras e palavras			4
a.2) Emparelhamento de números			4
b) Identificação de palavras			4
c) Leitura oral de palavras			15
d.1) Leitura oral de sentenças			5
d.2) Leitura oral de sentenças com compreensão			3
e) Compreensão leitura: parágrafos e sentenças			4

### V – ESCRITA

a) Mecânica da escrita (circular a pontuação do paciente)

	Forma das letras	Escolha correta das letras	Habilidade motora
1- Assinatura	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
2- Nome	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
3- Ditado de letras	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
4- Cópia da frase	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
5- Cópia letra de forma	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
6- Números 1 a 10	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
7- Ditado de números	0 – 1 – 2	0 – 1 – 2 – 3	0 – 1 – 2
	2- todas as letras estão bem formadas	3- sem erros	2- Sem prejuízo
	1- parcialmente mal	2- mais da metade	1- Com dificuldade



	formadas	corretas	
	0- ilegíveis	1- menos do que metade, corretas	0- Falha no controle motor
		0- menos do que 2 corretas	

**Score total:** \_\_\_\_\_ /14 \_\_\_\_\_ /21 \_\_\_\_\_ / 14 **Total:** \_\_\_\_\_ /49

Total do Paciente	Avaliação	Reavaliação	Total do Teste
b) Habilidade básica de codificação Palavras Simples Palavras Regulares Palavras Irregulares			4 2 3
c) Denominação escrita			4

**d) Narração escrita**

Mecânica	Acesso ao vocabulário escrito	Sintaxe	Adequação de conteúdo
3- Adequada	3- Totalmente correta	3- Adequação de conteúdo	
2- Letras bem formadas	2- Algumas palavras importantes foram omitidas	2- Algumas falhas na estruturação da sentença	2- Relevante porém incompleta
1- Legível com alterações	1- Menos do que 8 palavras importantes	1- Grupos sub-clausais	1- Informação minimamente relevante
0- A maior parte é ilegível	0- Menos do que 2 palavras importantes	0- Sem agrupamento de palavras	0- Não há informações relevantes.
Total =	Total=	Total=	Total=
Total Geral = /11			

**Análise qualitativa**

<b>Produz escrita de múltiplas palavras irrelevantes</b>	Frequentemente	Raramente	Nunca
<b>Substituições de palavras isoladas</b>	Frequentemente	Raramente	Nunca

**PERFIL DAS CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDADE E DA PRODUÇÃO DA LINGUAGEM**

Escala para pontuação da gravidade da afasia

**0.** Não utiliza fala funcional ou compreensão auditiva.

**1.** Toda a comunicação é através de expressão fragmentada; grande necessidade de inferência, questionamento ou adivinhação por parte do interlocutor. A informação possível de ser intercambiada é limitada e o ouvinte assume a responsabilidade pela comunicação.

**2.** A conversação sobre temas familiares é possível com ajuda do interlocutor. Ocorrem frequentes falhas para veicular a idéia, mas o paciente é capaz de compartilhar a responsabilidade pela comunicação.

**3.** O paciente pode discutir quase todos os problemas da vida cotidiana com pouca ou nenhuma assistência. A redução da fala e/ou compreensão, entretanto, torna a conversação sobre determinados temas impossível.

**4.** Ocorre perda óbvia da fluência na fala ou há alguma dificuldade para compreensão, sem limitação significativa nas idéias expressas ou forma de expressão.

**5.** Desvantagem mínima, perceptível; o paciente pode ter dificuldades subjetivas que não são óbvias para o ouvinte.

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO SAQOL-39

Fatores		SAQOL – 39	1	2	3	4	5
<b>Físico</b>	SC1.	Dificuldade para preparar a comida					
	SC4.	Dificuldade para se vestir					
	SC5.	Dificuldade para tomar banho					
	M1.	Dificuldade de andar/ caminhar					
	M4.	Dificuldade em se manter estável					
	M6.	Dificuldade com escadas					
	M7.	Dificuldade de andar/ caminhar sem descansar					
	M8.	Dificuldade de ficar em pé					
	M9.	Dificuldade de se levantar da cadeira					
	W1.	Dificuldade de realizar o trabalho diário					
	W2.	Dificuldade de terminar os deveres					
	UE1.	Dificuldade de escrever					
	UE2.	Dificuldade de colocar a meia					
	UE4.	Dificuldade de abotoar					
	UE5.	Dificuldade com o Ziper					
	UE6.	Dificuldade de abrir potes					
SR7.	Vida social afetada pelos problemas físicos						
<b>Psicossocial</b>	T5.	Achadifíciltomardecisoões					
	P1.	Sente-se irritado					
	P3.	Sente que a personalidade alterou					
	MD2.	Sente -se desencorajado					
	MD3.	Nao tem interesse em outras pessoas ou atividades					
	MD6.	Sente-se retraído					
	MD7.	Tem pouca confiança em voce					
	FR7.	Sente que voce é um peso para a familia					
	SR1.	Sai menos do que gostaria					
	SR4.	Fazmenospassatempos					
SR5.	Está vendo menos os amigos?						
<b>Comunicação</b>	L2.	Dificuldade para falar					
	L3.	Dificuldade para usar o telefone					
	L5.	Dificuldade para ser entendido					
	L6.	Dificuldade em achar as palavras					
	L7.	Dificuldade para repetir					
	FR9.	Problemas na linguagem que afetam a vida da familia					
	SR8.	Problemas na linguagem que afetam a vida social					
<b>Energia</b>	T4.	Necessita escrever para se lembrar?					
	E2.	Sente-se cansado com frequência?					
	E3.	Precisa parar e descansar com frequência					
	E4.	Sente-se muito cansado para fazer o que quer					

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO SUPERIOR E  
CENTRO EDUCACIONAL  
LUTERANO BOM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Os efeitos de uma intervenção fonoaudiológica grupal na qualidade de vida de sujeitos afásicos

**Pesquisador:** ROXELE RIBEIRO LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65819517.3.0000.5365

**Instituição Proponente:** Associação Educacional Luterana Bom Jesus / IELUSC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.026.022

#### Apresentação do Projeto:

A temática é relevante pois a comunicação é um ato social e fundamental para que o ser humano mantenha relacionamentos interpessoais. Sabe-se que a dificuldade de se comunicar subitamente e de forma efetiva, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), é uma das causas mais determinantes na diminuição da qualidade de vida dos sujeitos afetados. As alterações da comunicação são encontradas em um terço dos pacientes que foram vítimas de AVC.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e bem definidos.

Objetivo Primário: Avaliar o impacto da terapia fonoaudiológica com base dialógica em grupo na qualidade de vida e na linguagem de pessoas com afasia.

Objetivos secundários: Analisar variáveis que podem impactar a qualidade de vida do paciente, por meio da terapia fonoaudiológica, a saber: tempo de AVC, escolaridade, hábitos de leitura e escrita, classe econômica, localização da lesão cerebral, dominância manual, bilinguismo, perfil familiar, relações sociais, exercícios físicos. b) Analisar variáveis que possam contribuir na melhora da qualidade de vida por meio da terapia fonoaudiológica, a saber: tempo de AVC, escolaridade, hábitos de leitura e escrita, classe econômica, localização da lesão cerebral, dominância manual,

**Endereço:** Rua Princesa Isabel 438

**Bairro:** Centro

**CEP:** 89.201-270

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3026-8049

**Fax:** (47)3026-8090

**E-mail:** cep@ielusc.br

**INSTITUTO SUPERIOR E  
CENTRO EDUCACIONAL  
LUTERANO BOM**



Continuação do Parecer: 2.026.022

bilinguismo, perfil familiar, relações sociais e exercício físico.c) Comparar aspectos da qualidade de vida e da linguagem antes e depois do trabalho fonoaudiológico grupal.d) Comparar a evolução da linguagem do ponto de vista de uma abordagem dialógica com os resultados do teste de Boston em pacientes com afasia após a terapia em grupo

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Modificou os benefícios, ampliando-os para os participantes. Porém precisa ressaltar os riscos - mínimo e médio, conforme parecer anterior (risco médio de deslocamento).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo contempla todas as etapas de um trabalho científico. E fez as alterações sugeridas pelo parecer anterior (TCLE, anexou os instrumentos de coleta de dados).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Modificou o TCLE seguindo a Res. 466/12.

**Recomendações:**

Rever riscos do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Estão descritos neste parecer

**Considerações Finais a critério do CEP:**

o colegiado acata o parecer do relator e aprova o projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_878810.pdf	27/03/2017 08:25:48		Aceito
Outros	Teste_de_Boston.docx	27/03/2017 08:25:26	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
Outros	Questionario_SAQOL.docx	27/03/2017 08:24:51	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
Outros	Protocolo_Pesquisa_entrevista.docx	27/03/2017 08:21:26	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
Outros	ABEP.docx	27/03/2017 08:20:09	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final_doutorado.docx	27/03/2017 08:17:41	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.doc	27/03/2017	ROXELE RIBEIRO	Aceito

**Endereço:** Rua Princesa Isabel 438  
**Bairro:** Centro **CEP:** 89.201-270  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3026-8049 **Fax:** (47)3026-8090 **E-mail:** cep@ielusc.br

INSTITUTO SUPERIOR E  
CENTRO EDUCACIONAL  
LUTERANO BOM



Continuação do Parecer: 2.026.022

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08:08:21	LIMA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	002.jpg	09/03/2017 12:15:28	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito
Folha de Rosto	anexo.pdf	09/03/2017 12:15:06	ROXELE RIBEIRO LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOINVILLE, 20 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Maria Elisa Máximo**  
**(Coordenador)**