

Implicação da afasia no âmbito afetivo-social

Dionísia Aparecida Cusin Lamônica*
Ana Cristina Musa Minervino Pereira**

LAMÔNICA, Dionísia, A. C., PEREIRA, Ana C. M. M. Implicação da afasia no âmbito afetivo-social. *Mimesis*, Bauru, v. 19, n. 2, p. 105-117, 1998.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo identificar as mudanças ocorridas, em diferentes aspectos, na vida do indivíduo afásico, em face das alterações causadas pelo dano cerebral. A perda da capacidade da utilização funcional da linguagem implica, além de uma limitação comunicativa, comprometimentos que se referem a aspectos sociais, afetivos, profissionais e sexuais. Foram sujeitos deste trabalho 71 pacientes afásicos com os quais se utilizou um roteiro de entrevista que objetivava questões relativas ao tema proposto. Os resultados refletiram as percepções dos indivíduos sobre suas condições de realidade após sofrerem acometimento cerebral, comparando às suas condições de vida anteriores, evidenciando a condição estigmatizante a que ficaram expostas estas pessoas pelas perdas e privações impostas pelas seqüelas do acometimento cerebral.

Unitermos: afasia; estigma; relações interpessoais de afásicos; distúrbios da comunicação; idoso; conseqüências psicológicas da afasia.

INTRODUÇÃO

A afasia é a perda ou a redução do funcionamento da linguagem após dano ao cérebro (Boone & Plante; 1994 Murdoch, 1997), referindo-se principalmente às dificuldades do paciente em expressar seus pensamentos por meio de sinais acústicos, visuais, motores e/ou compreendê-los (Barbizet & Duizabo, 1995), comprometendo a habilidade para lidar com símbolos e alterando conseqüentemente todas as funções que envolvem o uso da linguagem (Pontes, 1987).

A seqüela deste dano cerebral é muito mais abrangente, não se restringindo somente à capacidade lingüística, mas se estendendo, em sua utilização, nas relações interpessoais que se estabelecem por ela e interferindo na vida do seu portador, de maneira arrasadora.

* Departamento de Ciências Biológicas/Centro de Ciências Biológicas e Profissões da Saúde - Universidade do Sagrado Coração - Rua Irmã Arminda, 10-50 - 17044-160 - Bauru - SP. Depto. de Estomatologia FOB-USP.

** Departamento de Psicologia/Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade do Sagrado Coração - Rua Irmã Arminda, 10-50 - 17044-160 - Bauru - SP. HPRLP-USR.

Lemay (1995) escreve que, quando ocorre um evento na vida de uma pessoa, capaz de interferir nas suas relações sociais e familiares, esta deve se organizar a ponto de reestruturar todo seu contexto de vida, pois, através da linguagem, é que assumimos nossa posição na sociedade e que somos reconhecidos enquanto pessoa.

A afasia compromete o indivíduo nos aspectos social, familiar, profissional e sexual, ocasionando-lhe perda do poder, alteração da condição econômica e das relações interpessoais, tornando o indivíduo afásico marginalizado por estes fatores estigmatizantes que interferem nos papéis que o sujeito ocupa na coletividade e na sua própria capacidade de exercê-los.

Do ponto de vista psicológico, observam-se desordens relacionadas à seqüela do dano cerebral, secundárias a ele ou não, envolvendo alterações da personalidade, dos afetos e dos comportamentos deste paciente. As alterações afetivas referem-se não somente a sentimentos de ansiedade, egocentrismo, negação, agressividade, mas principalmente a uma tristeza, angústia e uma percepção de menos valia que levam o indivíduo a uma condição de isolamento e a quadros depressivos, que se caracterizam pela presença de vários sintomas, como: anorexia, perda de peso, distúrbios do sono, alteração do humor, perda de energia e interesse, irritabilidade, redução da libido, dificuldades de concentração e clareza de pensamento. As reações psicológicas e comportamentais são de extrema importância, pois, freqüentemente, o afásico enfrenta o medo do desconhecido, de morrer, de nunca mais voltar a ser o que era antes do acometimento cerebral acontecer e o medo de um futuro incerto. Suas limitações motoras o aprisionam numa situação de dependência e insegurança que o impedem de criar ou sonhar projetos a serem realizados.

O não-reconhecimento e o não-tratamento deste quadro, em pacientes após o acometimento cerebral, constitui um prejuízo significativo à sua recuperação global, interferindo nas relações familiares e sociais.

Este estudo teve como objetivo, identificar as mudanças ocorridas, em diferentes aspectos, na vida do indivíduo afásico, em face das alterações causadas pelo dano cerebral. A consideração da influência destes aspectos que constituem a dura realidade do indivíduo afásico nos possibilita compreender e criar estratégias reabilitadoras no intuito de interferir de forma significativa no seu processo de reabilitação.

METODOLOGIA

Foram sujeitos deste estudo 71 indivíduos, sendo 49 homens e 22 mulheres, todos portadores de afasia. Os critérios de elegibilidade foram: freqüência a algum tipo de atendimento de reabilitação, capacidade de compreensão e expressão comunicativa, ainda que prejudicadas.

Os locais de realização das entrevistas obedeceram a critérios de privacidade, estando presentes no ambiente apenas o entrevistado e o entrevistador.

As entrevistas foram marcadas previamente e realizadas nas instituições de reabilitação de origem. As instituições contatadas foram: Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Clínica de Educação para a Saúde da

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

Universidade do Sagrado Coração (CEPS-USC), e Setor de Fisioterapia do Hospital de Base de Bauru.

Os pacientes foram convocados e, sabendo dos objetivos e da utilização dos dados da pesquisa, optaram espontaneamente por sua participação.

As entrevistas foram gravadas em audio-tape e tiveram a duração média de sessenta minutos.

As perguntas foram apresentadas a todos da mesma forma, não se efetuando mudanças no conteúdo ou seqüência.

O roteiro de entrevista (protocolo) foi elaborado dando destaque a temas relevantes da literatura e prática profissional, sendo submetido à apreciação de profissionais da área específica bem como da área de exatas para a análise estatística. Este roteiro continha questões fechadas e abertas nas quais o entrevistado poderia expressar-se com liberdade. Cabia ao entrevistador, respeitar as dificuldades apresentadas na expressão verbal do sujeito e certificar-se que as respostas fossem compreendidas na íntegra. Nas perguntas de múltipla escolha, foram apresentadas cada possibilidade de forma individual, de modo que o entrevistado poderia ou não fazer a opção por cada item, bem como citar outros que para ele fossem relevantes.

O roteiro foi organizado por temas e subtemas.

D) Caracterização da amostra dos portadores de acometimento cerebral (A. C.): dados de identificação.

II) Mudanças na vida após o A. C.

III) Aspectos interacionais, antes e após o A. C.

IV) Sentimentos presentes nos indivíduos seqüelados cerebrais após o A. C.

V) Apoio Familiar

RESULTADOS

I) Caracterização da Amostra:

TABELA1 - Estado civil, escolaridade e idade dos sujeitos

	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	IDADE
Homens 70% (49)	Solteiro 4,1% (2)	Analfabeto 12,25% (6)	39 - 49 16,32% (8)
	Casado 57,15% (28)	1º Grau 59,18% (29)	50 - 60 46,94% (23)
	Separado 24,47% (12)	2º Grau 22,45% (11)	61 - 70 34,70% (17)
	Viúvo 14,28% (7)	3º Grau 6,12% (3)	+ 70 2,04% (1) = 88
Mulheres 30% (22)	Solteira 13,64% (3)	Analfabeta 27,28% (6)	39 - 49 27,28% (6)
	Casada 54,54% (12)	1º Grau 50% (11)	50 - 60 54,54% (12)
	Separada 4,54% (1)	2º Grau 13,64% (3)	61 - 70 13,64% (3)
	Viúva 27,28% (6)	3º Grau 9,08% (2)	+ 70 4,54% (1) = 82

Foram entrevistados 71 sujeitos, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino, de idades variando de 39 a 88 anos.

Nesta amostra, encontrou-se 4,1% de homens solteiros, 57,15% casados, 24,47% separados e 14,28% viúvos. Entre as mulheres, 13,64% eram solteiras, 54,54% casadas, 4,54% separadas e 27,28% viúvas. Quanto à escolaridade, o índice de analfabetismo entre os homens foi de 12,25% e entre as mulheres, 27,28%. Frequentaram o 1º grau, sem necessariamente concluí-lo, 59,18% do sexo masculino e, nas mulheres, o índice foi de 50%. Concluíram o 2º grau 22,45% da amostra masculina e na amostra feminina obteve-se o índice de 13,64%. A conclusão do terceiro grau foi de 6,12% para o sexo masculino e 9,08% para o sexo feminino.

A escolaridade foi abordada por Jakubovicz & Meiberger (1996), em um estudo comparativo com o grau da afasia. Conforme a autora,

Para o prognóstico, é necessário levar em consideração o quociente intelectual do paciente antes da afasia, seu nível de educação e a extensão do seu déficit afásico.

Em relação ao sexo, a literatura afirma considerá-lo influente na determinação da presença e tipo de afasia: nas mulheres, sendo menos frequente e menos severa que nos homens (Basso, 1993).

Na amostra estudada, observou-se que a idade prevalente do acometimento cerebral estava na faixa dos 50 a 70 anos, tanto para os homens (46,94%) quanto para as mulheres (54,54%). Cabe ressaltar que estes dados condizem com a literatura que indica este período como sendo o de grande probabilidade de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (Murdoch, 1997).

Na faixa etária inferior aos 49 anos, observou-se que a base etiológica do A. C. estava mais relacionada a traumatismos cranianos e a sequelas de aneurisma cerebral.

II) Mudanças na vida após o A. C.

Na TABELA 2, serão descritas as mudanças referentes aos aspectos social, familiar, econômico, sexual e afetivo ocorridos na vida dos pacientes após o A. C.

TABELA 2: Mudanças na vida após o A. C. (Acometimento Cerebral)

MUDANÇA	MASCULINO	FEMININO
Afetivo	87,75% (43)	68,18% (15)
Social	85,71% (42)	77,27% (17)
Econômico	75,51% (37)	72,72% (16)
Familiar	73,46% (36)	86,36% (19)
Sexual	59,18% (29)	45,45% (10)
N/S	8,16% (4)	9,09% (2)

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

Na amostra masculina, o índice de maior frequência de ocorrência de mudanças foi no plano afetivo (87,75%). Na feminina, este item teve o valor de 68,18%. Pelos relatos, a diversidade de sentimentos citados, convergem para a condição de solidão e de infelicidade causadas pelo afastamento dos amigos e a condição de inconformismo diante de tantas limitações. Na verdade, estes indivíduos, sentem-se privados da própria vida e do mundo social, confinados em suas casas na improdutividade e ociosidade forçadas. As perdas sofridas levam ao desespero e ao sentimento de que a vida terminou, restando um imenso desejo de morrer. Em alguns, este sentimento de aniquilamento é substituído por sentimentos de agressividade, raiva, irritação, impaciência e até mesmo uma revolta contra Deus. Os sentimentos de culpa, peso e inadequação pelos encargos relacionados ao A. C. estão presentes em grande parte dos indivíduos desta amostra, assim como a sensação de inutilidade e a condição de serem descartáveis no contexto familiar. Muitos relataram ressentirem-se com o desrespeito à sua condição de adulto; disseram sentir mágoa por serem tratados como crianças. Tivemos aqueles que relataram terem se tornado mais emotivos e mais sensíveis após o A. C.

No aspecto social, as mudanças ocorridas foram de 85,71% para os homens e para as mulheres 77,27%. Estas referiram-se a diferentes motivos. Um dos motivos básicos citados pelos componentes desta amostra, é o fato destas pessoas terem se afastado do convívio social, deixando de frequentar atividades como: festas, bares, passeios, encontros e outros, em consequência das limitações experienciadas pós A. C.. Além das impossibilidades físicas e das dificuldades de comunicação, esta condição de isolamento referiu-se também aos sentimentos de vergonha, insegurança e menos valia que comprometeram a identidade pessoal e afastaram o convívio social. Goffman (1988) afirma que,

quando o defeito da pessoa estigmatizada é facilmente visível, como nos portadores de A. C., é provável que o mesmo se sinta invadido e intimidado perante a sociedade.

Este afastamento parece ter caráter bilateral, se de um lado há o indivíduo comprometido que se afasta por suas limitações e pelo sentimento auto-depreciativo; do outro lado, os outros, "normais" se afastam deste indivíduo pela própria dificuldade de comunicação que ele apresenta, pelo desconforto desta convivência e talvez por sentimentos de angústia gerados pelo confronto com a anormalidade.

A não-aceitação de novos papéis por parte dos portadores de A. C. e seus familiares, assim como da sociedade em geral, prejudica a convivência social e acentua o isolamento desses indivíduos (Labourel & Martim, 1995).

Lemay (1995) referenciam que

o ajustamento psicossocial, tanto para os afásicos quanto para suas famílias, depende em grande parte da capacidade de aceitar e integrar novos papéis.

Do ponto de vista econômico, as mudanças também foram significativas: tem-se um índice de 75,51% para amostra masculina e 72,72%

para a feminina. A maioria desses indivíduos ficou impossibilitada de continuar realizando qualquer tipo de atividade profissional, tornando-se dependente financeiramente de filhos, cônjuges e outros. Esta condição tornou-se agravada principalmente pelo custo dos medicamentos e gastos necessários ao processo de reabilitação.

No aspecto familiar, entre os homens, as mudanças ocorridas aconteceram para 73,46%, sendo que para as mulheres este foi o índice de maior frequência de mudanças (86,36%). O fator responsável pelas mudanças citadas é a condição de dependência gerada pelo acometimento cerebral. A impossibilidade física e de comunicação foram as responsáveis pela nova condição da estrutura familiar. Dependendo dos filhos, cônjuges, não poder realizar tarefas domésticas, depender nas atividades de vida diária, é reconhecidamente, para esta amostra, alvo de conflito, é viver o peso da anormalidade e transferir este para os entes próximos. Da mesma forma que o A. C. alterou a dinâmica familiar negativamente, em algumas citações ficou claro que este foi um elemento responsável pelo estreitamento dos laços afetivos.

Apesar da dificuldade de alguns indivíduos de se referirem à sua própria sexualidade, houve uma referência de 59,18% para amostra masculina e 45,45% para a feminina, sobre as mudanças ocorridas no desempenho sexual. Estes dados foram atribuídos ao fator idade e a impotência gerada pelas limitações físicas. Esta condição de impotência se relaciona também a aspectos emocionais (sentimentos de vergonha, desmotivação, medo do próprio desempenho e da reação do parceiro). Das pessoas que relataram sobre este item, a grande maioria confirmou que a partir do A. C. não tiveram mais vida sexual. Este dado vem salientar o trabalho realizado por Benson (1996), que afirma:

... embora a falta de sexualidade geralmente seja atribuída às limitações físicas, o maior responsável, na verdade, por ela, é o medo do fracasso sexual.

Disseram não saber falar sobre as mudanças ocorridas após o A. C. 8,16% dos homens e 9,09% das mulheres.

III) Aspectos interacionais, antes e após o A. C.

A TABELA 3 refere-se à percepção do portador de A. C. quanto à dinâmica e às relações com seus familiares antes e após o acometimento.

TABELA 3: Aspectos Interacionais (antes e depois do Acometimento Cerebral)

<i>Aspectos Interacionais</i>	HOMENS		MULHERES	
	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS
Respeito	79,59% (39)	51,02% (25)	59,09% (13)	45,45% (10)
Conflito	57,14% (28)	77,56% (38)	36,36% (8)	68,19% (15)
Harmonia	42,86% (21)	22,44% (11)	63,64% (14)	31,81% (7)
Reciprocidade	38,77% (19)	16,32% (8)	45,45% (10)	9,09% (2)
Isolamento	14,28% (7)	73,46% (36)	13,63% (3)	63,63% (14)
Dependência	8,16% (4)	73,46% (36)	9,09% (2)	86,36% (19)

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

Perguntados sobre as condições relacionais presentes no aspecto familiar antes do A. C., 79,59% dos homens e 59,09% das mulheres, disseram que a relação familiar era de respeito. Após o A. C., estes índices foram alterados em 51,02% para os homens e 45,45% para as mulheres. Considera-se "respeito", como o ato de acatar e honrar a pessoa do outro. Pode-se supor que as condições experienciadas de limitação física, dificuldades de comunicação, bem como as mudanças ocorridas no aspecto financeiro vieram colaborar para que os familiares assumissem uma postura incondizente com o significado acima descrito.

As relações familiares que se compunham com harmonia foi referida por 42,86% da amostra masculina e 63,64% da feminina. Esta condição foi alterada para 22,44% nos homens e 31,81% nas mulheres. Este item se completa com os dados que indicam as condições de conflitos presentes nas relações familiares antes do A. C. Desta forma, temos: 57,14% da amostra masculina e 36,36% da feminina que indicaram vivenciar condições conflitivas com seus familiares. Mudanças também ocorreram neste aspecto, na amostra masculina, o conflito aumentou para 77,56% e na feminina este índice duplicou passando a ser 68,19%.

A desestruturação familiar é citada por Webster *apud* Gonçalves (1992):

uma lesão súbita como a ocasionada por um A. C., com muita freqüência limita comunicativamente e motoramente o indivíduo, desestruturando, repentina e bruscamente o equilíbrio familiar, sendo praticamente inevitável uma alteração emocional, não só do paciente, mas também dos familiares.

A reciprocidade presente entre os membros da família foi reconhecida por 38,77% dos homens e 45,45% das mulheres. Houve uma diminuição significativa nestes valores passando a ser 16,32% para os homens e 9,09% para as mulheres.

A condição de isolamento no contexto familiar antes do A. C. era percebida por 14,28% dos homens e 13,63% das mulheres. Esta situação parece ter sido significativamente alterada após o A. C., atingindo índice de 73,46% para os homens e 63,63% para as mulheres. Pode-se inferir que as seqüelas do A. C. contribuíram para que o indivíduo se isolasse e/ou fosse isolado no contexto familiar.

Disseram ser dependentes dos familiares antes do A. C. 8,16% dos homens e 9,09% das mulheres. Assim como na condição de isolamento, este item foi extremamente significativo por ser um dos mais alterados pela condição do A. C. Após o A. C. disseram estar na situação de dependência 73,46% dos homens e 86,36% das mulheres. Vários são os fatores que contribuíram para a situação de dependência: a impossibilidade de participar ativamente da economia do lar; a falta de habilidades para os cuidados pessoais (higiene, alimentação, vestuário, locomoção); as dificuldades de relacionamento social, tanto pela comunicação oral e/ou escrita, quanto pela dificuldade de autonomia para buscar atividades de lazer, são os principais responsáveis.

IV) Sentimentos presentes nos indivíduos seqüelados cerebrais após o A. C.

A TABELA 4 refere-se aos relatos dos sentimentos presentes nos indivíduos seqüelados cerebrais após o A. C.

TABELA 4: Sentimentos presentes após o Acometimento Cerebral

	HOMENS	MULHERES
Negação	100,00% (49)	72,72% (16)
Tristeza	91,83% (45)	86,36% (19)
Insegurança	85,71% (42)	81,81% (18)
Depressão	77,58% (38)	81,81% (18)
Vergonha	75,00% (36)	31,81% (07)
Labilidade de Humor	71,42% (35)	50,00% (11)
Impaciência	71,42% (35)	54,54% (12)
Aumento da Agressividade	67,24% (33)	68,18% (15)
Indiferença/Apatia	61,22% (30)	50,00% (11)
Culpa	56,25% (27)	40,90% (15)
Possessividade	43,75% (21)	31,81% (07)
Egocentrismo	22,91% (11)	9,09% (02)
Condutas catastróficas	8,34% (04)	4,55% (01)

O sentimento de negação atinge 100% da amostra masculina e 72,72% da amostra feminina. Isso indica que quase a totalidade dos entrevistados não se conforma com a condição de vida atual. Negar o problema, neste contexto, significa, além de não aceitar sua condição de dependência e anormalidade, recusar-se a encarar as implicações decorrentes da lesão cerebral. Este aspecto foi referido por Letorneau (1995), afirmando que "a realidade do lesionado cerebral é tão dura, que muitas vezes é preferível negá-la. Esta negação permite ao portador de A. C. ganhar tempo para se adaptar gradualmente à realidade".

O sentimento de tristeza aparece em 91,83% dos homens e 86,36% das mulheres. Ambos afirmam sentirem-se profundamente tristes, pelo acontecido. Este sentimento que implica a perda da alegria de viver, refere-se também a um estado de angústia permanente relacionado às perdas físicas, psicológicas e sociais experienciadas pela pessoa. Há uma falta de energia com uma vaga sensação de irrealidade e um sentimento de afastamento cada vez maior das pessoas (Lindermann, 1994).

Fromm-Reichmann (1960) escreveu que a tristeza pode ser sentida de modo subjetivo como uma sensação muito desagradável com interferência nos processos mentais e na concentração e de modo objetivo pode ser observada, com uma mudança no tom da voz e/ou tempo de conversação; mudança de postura ou em um bloqueio de comunicação.

Referiram-se ao sentimento de medo e insegurança pela nova situação 85,71% dos homens e 81,81% das mulheres. O sentimento de medo

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

ocorre possivelmente pela condição de se experienciar situações nunca antes vivenciadas, enquanto que o sentimento de insegurança pode estar relacionado pelo comprometimento da capacidade adaptativa. A lentificação da atividade intelectual e motora, a redução notável da plasticidade, a dificuldade de comunicação e a dificuldade de inserção social presentes num quadro de A. C. são fatores preponderantes que interferem na ação adaptativa.

Disseram estar deprimidos, citando os sinais abaixo relacionados, 77,58% dos homens e 81,82% das mulheres. A depressão é considerada como um transtorno durável do humor e caracterizada por uma tristeza patológica e uma lentificação psicomotora (Leger et al., 1994). Os estudos acerca da depressão pós A. C. têm evidenciado a existência de similaridades entre este quadro depressivo e as depressões chamadas funcionais (Cançado, 1994).

Na fase aguda após o A.C., 25% dos pacientes preenchem os critérios para depressão maior, caracterizada pela presença de sintomas vegetativos (anorexia, perda ponderal, distúrbio de sono, com despertar precoce) associado com o humor deprimido, perda da energia e interesse, ansiedade, irritabilidade, redução da libido, dificuldade de concentração e de clareza do pensamento e ideação suicida (Cançado, 1994).

Carvalho (1997) realizou um estudo com o objetivo de verificar a influência da disfunção cognitiva e da depressão maior em pacientes com A. C. Seus achados demonstraram que a disfunção cognitiva associada à depressão maior ocorriam somente com lesões cerebrais de etiologia vascular.

Os quadros depressivos menores também ocorrem em pacientes que sofreram A. C., preenchendo os critérios para o distúrbio distímico cuja sintomatologia é menos intensa e numerosa. Esta sintomatologia envolve tristeza, perturbação do sono, perda da energia, dificuldade de concentração e de clareza de pensamento, afastamento social, perda de interesse, ruminação, atitude pessimista em relação ao futuro, irritabilidade e choro fácil.

O sentimento de vergonha apareceu em 75,00% dos relatos masculinos e 31,81% dos femininos. Como previsto pela própria literatura, "o afásico freqüentemente tem vergonha do que lhe aconteceu, chega a se sentir como alguém que não vale nada" (Letorneau, 1995).

A labilidade de humor é uma condição presente pós A. C. Neste estudo, apareceu em 71,42% da amostra masculina e 50,00% da feminina.

Nervosismo, ansiedade e irritabilidade compõem o item paciência referido por 71,42% dos homens e 54,54% das mulheres.

Sentimentos de raiva, ódio e rancor estão contidos no item do aumento da agressividade citados por 67,24% dos homens e 68,18% das mulheres.

Tornaram-se indiferentes e/ou apáticos às condições de vida atual 61,22% dos homens e 50,00% das mulheres. Robinson et al. (1984) descrevem um tipo de alteração de humor pós A. C. caracterizado por um estado mental de indiferença e apatia, acompanhado de alegria indevida,

além da ansiedade, lentificação e/ou agitação, perda de interesse e preocupação, podendo também apresentar outras reações emocionais como: agorafobia, irritabilidade, humor fácil, agressividade, ansiedade, afastamento social e descuido consigo próprio.

Disseram experienciar sentimento de culpa, 56,25% dos homens e 40,90% das mulheres. Segundo o relato dos entrevistados, este sentimento é atribuído pela ocorrência da própria negligência no cuidado da saúde e pelo incômodo causado aos familiares no convívio diário.

Pela demanda de cuidados e condições de dependência, 43,75% dos homens e 31,81% das mulheres tornaram-se mais possessivos.

Relacionado às condições de possessividade, tem-se o egocentrismo que atinge 22,91% dos homens e 9,09% das mulheres. Esta condição tende a ser agravada pelo quadro afásico, quando presente anteriormente à vida do indivíduo. Nestes casos, o paciente apresenta dificuldades em lidar com situações que não são importantes para ele, tendendo a envolver-se apenas com situações concretas e relacionadas aos seus próprios interesses (Pontes, 1987).

As condutas catastróficas apresentaram um referencial pouco significativo, 8,34% nos homens e 4,55% nas mulheres.

Como previsto na literatura, Pontes (1987) contextualiza que

"podem ocorrer alterações comportamentais nos afásicos: egocentrismo, perseveração, reações catastróficas, isolamento e possessividade",

confirmando assim os dados obtidos nesta amostra.

V) Apoio Familiar

A TABELA 5 refere-se à opinião dos entrevistados no que diz respeito ao apoio familiar.

TABELA 5: Apoio familiar

	Sim	Não	Não sabe
Homens	61,22% (30)	12,24% (6)	26,54% (13)
Mulheres	59,10% (13)	13,63% (3)	27,27% (6)

Disseram receber apoio familiar 61,22% dos homens e 59,10% das mulheres. Provavelmente, receber apoio, nestes casos, esteja relacionado não somente à ajuda física e econômica mas também emocional. Ter com quem compartilhar a desventura de viver com a anormalidade, de certa forma ajuda a superar algumas barreiras da deficiência.

Não receber apoio da família esteve presente no relato de 12,24% da amostra masculina e 13,63% da feminina. Constatou-se que não receber apoio está relacionado à tabela anterior, com o item isolamento, ou seja, antes mesmo do A. C., já apresentavam dificuldades nas relações familiares.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

Não souberam responder ou se recusaram a falar sobre este item 26,54% dos homens e 27,27% das mulheres. Não se pode relacionar de forma específica este índice, a sua real razão. Pode-se inferir ter havido realmente dificuldades por parte dos entrevistados em sintetizar conclusivamente esta questão, ou então a recusa em se manifestar nesta resposta existiu por implicar uma denúncia de abandono.

CONCLUSÃO

Todos os portadores de acometimento cerebral, entrevistados, confirmaram ser, a afasia, um transtorno que interferiu de forma significativa em suas vidas. Constataram-se alterações nos aspectos: pessoal, afetivo, sexual, econômico, familiar e social, que influenciaram não somente a rotina de vida diária e os desempenhos de exercícios de papéis enquanto cidadãos mas, principalmente, a percepção de si mesmos e a perspectiva de realizações futuras.

Tais alterações mobilizaram uma gama extensa de sentimentos que vieram comprometer a identidade destes indivíduos e alterar a dinâmica familiar e os vínculos estabelecidos com o outro e com o mundo.

Esta identidade comprometida impede que este sujeito acredite e se possibilite novas perspectivas para o futuro que envolveriam necessariamente a readaptação à sua nova condição e a capacidade de retomar os papéis que lhe são condizentes, ou, na impossibilidade disto, assumir outros novos, que lhe sejam possíveis.

LAMÔNICA, Dionísia. A. C., PEREIRA, Ana C. M. M. Implications of aphasia in the socio-emotional realm. *Mimesis*, Bauru, v. 19, n. 2, p. 105-117, 1998.

ABSTRACT

The present study attempts to identify the changes undertaken in aphasic individual's life in face of alterations caused by brain damage. The loss of the ability to use language functionally implies both communicative limitation and impairment concerning social, emotional, professional and sexual aspects. Seventy-one aphasic patients were interviewed. Results reflect such individuals' perception about their reality after brain damage as compared to their life's previous state, highlighting the stigmatizing condition to which they are exposed due to the losses and privations imposed by the consequences of brain damage.

Key Words: aphasia, stigma, aphasic individuals interpersonal relations, communication disorders, aged people, aphasia's psychological consequences.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Sagrado Coração, ao CNPq e à Fundação Veritas, pelo apoio financeiro. MIRANDA, C. Aluna do Curso de Psicologia da Universidade do Sagrado Coração, pela colaboração na coleta dos dados. Aos portadores de acometimento cerebral por sua valiosa participação e às suas instituições de origem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBIZET, J., DUIZABO, P. H. *Manual de Neuropsicologia*. Tradução por Sílvia Levy e Ruth Rissin. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 160p.
- BASSO, A. Fatores de Diagnóstico em Afasia. In: MANSUR, L., RODRIGUES, N. *Temas em Neurolingüística*. São Paulo: Art Tec, 1993. v.2. p.63-67. (Neuropsicologia).
- BENSON, F. M. D. Aspectos Neuropsiquiátricos em Afasia. In: STUART, C., YUDOSSKY, M. D. *Compêndio de Neuropsiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.191-200.
- BOONE, O., PLANTE, E. *Distúrbio da Comunicação em Adultos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.145-166.
- CANÇADO, F. A. X. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CANÇADO, F. A. X. *Noções de Geriatria*. Belo Horizonte: CoopMed-Health, 1994. p.15-47.
- CARVALHO, M. L. Disfunção Cognitiva e Depressão pós A.V.C. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.46, n.8, p.433-439, 1997.
- FROMM-REICHMANN, F. Psychiatry aspects of anxiety. In: STEIM et al. *Identity and Anxiety*. New York: Free Press of Greencoe, 1960. 129p.
- GONÇALVES, M. G. *Atendimentos a Afásicos e seus Familiares*. São Paulo: [s.n.], 1992.
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p.20-25.
- JAKUBOVICZ, R., MEIBERGER, R. C. *Introdução à Afasia: Elementos para o Diagnóstico e Terapia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LAMÔNICA,
Dionísia. A. C.,
PEREIRA, Ana C.
M. M. Implicação
da afasia no âmbito
afetivo-social.
Mimesis, Bauru, v.
19, n. 2, p. 105-117,
1998.

LABOUREL, D., MARTIM, M. M. O Afásico e sua família. In: PONZIO, J. et al. *O Afásico: convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Santos Maltese, 1995. p. 87-106.

LEGER, J. M., TESSIER, J. F., MOUTY, M. D. *Psicopatologia do Envelhecimento: assistência às pessoas Idosas*. Petrópolis: Vozes, 1994.

LEMAY, M. A. O Afásico e a sociedade. In: PONZIO, J. et al. *O Afásico: convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Santos Maltese, 1995. p. 121-134.

LETORNEAU, P. Y. Conseqüências Psicológicas da Afasia. In: PONZIO, J. et al. *O Afásico: convivendo com a lesão cerebral*. São Paulo: Santos Maltese, 1995. Parte II.

LINDERMANN, E. Symptomatology and management of act grief. *American Journal of Psychiatry*, v. 101, p. 141-148, 1994.

MURDOCH, B. E. *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma visão neuroanatômica e neurofisiológica*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

PONTES, M. S. C. B., Alterações da Linguagem e do Comportamento. *Neurobiologia*. Recife, v. 50, n. 3, p. 199-218, Jul./Set. 1987.

ROBISON, R. G., STARR, L. B., PRICE, T. R. A two year longitudinal study of mood disorders following stroke: prevalence and duration at six month follow-up. *Br. J. Psychiatry*, v. 144, p. 256-262, 1984.