



Licenciatura em Enfermagem

**Efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC: uma
revisão *scoping***

Monografia Final de Licenciatura

Elaborado por:

Ana Marques nº 201793108; Verónica Oliveira nº

Orientador: Professora Margarida Tomás

Barcarena

Julho 2021

Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

**Efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC: uma
revisão *scoping***

Monografia Final de Licenciatura

Elaborado por:

Ana Marques nº 201793108; Verónica Oliveira nº

Orientador: Professora Margarida Tomás

Barcarena

Julho 2021

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Ao concluir esta etapa na nossa formação, não podemos deixar de expressar o nosso agradecimento a todas as pessoas que fizeram parte deste processo.

Queremos agradecer às nossas famílias pelo apoio incondicional e motivação constante para a realização de cada etapa que percorremos.

Queremos também agradecer à nossa professora orientadora, Margarida Tomás, por toda a disponibilidade, orientação e motivação para a realização desta monografia.

Lista de abreviaturas e siglas

ACA - Artéria Cerebral Anterior

ACM - Artéria Cerebral Média

ACP - Artéria Cerebral Posterior

AES-10 - Apathy Evaluation Scale-10 modificada

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BAAL - Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa

BOA - Behavioural Outcomes of Anxiety

BDAE - Boston Diagnostic Aphasia Examination

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

FAST - Frenchay aphasia screening test

GAS-7 - General Anxiety Disorder-7

HADS - Hospital Anxiety Depression Scale

HADS-A - Hospital Anxiety and Depression Scale

NBAA - Norwegian Basic Aphasia Assessment

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

SCADQ-10 - Community Aphasia and Depression Questionnaire -10

Resumo

Efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC: uma revisão *scoping*

Contexto: Durante o nosso percurso académico, na realização de ensinamentos clínicos, tivemos oportunidade de prestar cuidados a utentes com *status* pós-AVC e afasia e consequentemente observar alterações psicológicas nestes, por vezes também expressadas pelos mesmos. Assim, sentimos necessidade de apresentar mais conhecimentos sobre o tema de forma a suprir necessidades apresentadas pelos utentes para contribuir para a nossa formação académica, vida profissional e pessoal.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo geral determinar os efeitos psicológicos que a afasia tem nos utentes no pós-AVC. Os objetivos específicos definidos são: Identificar na literatura os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC e descrever e sintetizar os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC.

Metodologia: O referencial teórico de enfermagem que utilizámos na realização do presente trabalho foi a Ciência Humana do Cuidar de Jean Watson. O presente trabalho é uma *Scoping Review* realizado segundo as orientações do Joanna Briggs Institute. Foi também realizado um diagrama PRISMA para facilitar a verificação da estratégia de pesquisa dos artigos incluídos.

A questão de investigação foi: quais os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC? A estratégia de pesquisa dividiu-se em duas fases. A primeira fase consistiu na determinação dos termos adequados para a formulação da equação booleana. A segunda etapa foi realizada na base de dados Pubmed através da pesquisa individual de cada um dos termos previamente identificados, sendo depois combinados através de operadores booleanos “OR” e “AND” formando assim uma equação booleana.

Resultados: Foram utilizados quatro artigos que são estudos primários quantitativos. A data de publicação dos artigos encontra-se entre 2013 e 2020. Os países em que foram realizados são a Austrália, Estados Unidos da América e Noruega. Os efeitos psicológicos foram organizados em três temas: Ansiedade; Depressão; Apatia.

Os quatro artigos elegidos representam um total 552 pessoas com afasia pós-AVC. Destas entre 57-60 apresentaram ansiedade (39,3 - 41,3% das pessoas avaliadas para este parâmetro, devido a diferenças entre escalas obtidas num dos estudos), 183 apresentaram depressão (41,4 % das pessoas avaliadas para este parâmetro) e 13 apresentaram apatia (100% das pessoas avaliadas para este parâmetro).

Conclusões: Os principais efeitos psicológicos da afasia são a ansiedade, a depressão e a apatia.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, Efeitos psicológicos, Afasia.

Abstract

Psychological effects of aphasia in the person with post-stroke status: a scoping review

Background: During our academic path, in the performance of clinical training, care was provided to users with a post-stroke state and consequent aphasia and psychological changes, sometimes also expressed by them. Thus, we feel the need to present more knowledge on the subject in order to meet the user's needs in order to contribute to our academic training, professional and personal life.

Aims: This study aims to determine the psychological effects that aphasia has on post-stroke users. The specific objectives defined are: To identify in the literature the psychological effects of aphasia in people with post-stroke status and to describe and synthesize the psychological effects of aphasia in people with post-stroke status.

Methodology: The theoretical nursing framework that we used in this study was the Human Caring Science by Jean Watson. The present work is a Scoping Review carried out in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute. A PRISMA diagram was also created to facilitate the verification of the search strategy of the articles included.

The research question was: What are the psychological effects of aphasia in the person with post-stroke status? The research strategy was divided into two phases. The first phase consisted of determining the appropriate terms to formulate the Boolean equation. The second step was carried out in the Pubmed database through the individual search of each of the previously identified terms, which were then combined using Boolean operators "OR" and "AND", thus forming a Boolean equation.

Results: Four articles that are quantitative primary studies were used. The publication date of the articles is between 2013 and 2020. The countries where they were carried out are Australia, the United States of America and Norway. Psychological effects were organized into three themes: Anxiety; Depression; Apathy.

The four chosen articles represent a total of 552 people with post-stroke aphasia. Of these, between 57-60 presented anxiety (39.3 - 41.3% of the people evaluated for this parameter, due to differences between scales obtained in one of the studies), 183 presented depression (41.4% of the people evaluated for this parameter) and 13 had apathy (100% of people evaluated for this parameter).

Conclusions: The main psychological effects of aphasia are anxiety, depression and apathy.

Keywords: stroke, psychological effects, aphasia

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento concetual.....	5
<u>1.1</u> Acidente Vascular Cerebral: do conceito às consequências.....	5
<u>1.2</u> Afasia: definição e especificidades no âmbito do AVC	9
<u>1.3</u> Intervenção de enfermagem à pessoa na afasia pós-AVC.....	24
2. Metodologia: Descrição dos procedimentos adotados.....	29
2.1 Estratégia de pesquisa	29
2.2 Questão de investigação	29
2.3 Critérios de inclusão	29
2.4 Estratégia de pesquisa	30
2.5 Extração e apresentação de resultados	33
3. Resultados	38
4. Discussão.....	43
Conclusão	47
Bibliografia	49

Índice de figuras

Figura 1 - Diagrama PRISMA.....	32
---------------------------------	----

Índice de tabelas

Tabela 1- Síndromes clínicas causados por lesões nas diferentes artérias	6
Tabela 2- Tipos de afasia e sua avaliação em fluência, compreensão, nomeação e repetição	13
Tabela 3 - Termos utilizados na segunda fase de pesquisa da literatura.....	31
Tabela 4 – Resultados extraídos de artigos incluídos na revisão <i>scoping</i>	32
Tabela 5 – Ano de Publicação e Local da Realização dos Estudos Incluídos na Revisão.....	38

Introdução

No âmbito do plano curricular da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, do ano letivo 2020/2021, como avaliação da unidade curricular “Ciclos Temáticos” é proposta a realização de uma monografia. Este é um trabalho que culmina todo o percurso pedagógico da nossa formação enquanto estudantes de enfermagem. O aumento de conhecimentos na área de investigação na nossa formação académica é muito importante dado que contribui para a aquisição de conhecimentos e competências na futura vida profissional e percurso académico.

Esta monografia centra a sua temática sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma patologia muito frequente que apresenta uma elevada mortalidade. Estima-se que em 2019 terão morrido 6.2 milhões de pessoas no mundo devido a AVC (Organização Mundial de Saúde, 2020). Esta patologia pode causar várias sequelas, sendo uma destas a afasia. Esta manifestação sintomática tem implicações significativas na comunicação que é o mecanismo que nos permite estabelecer e conservar a nossa identidade, satisfazer as nossas necessidades mentais e emocionais, bem como interrelacionarmo-nos com outros indivíduos, com os quais é possível associamo-nos em grupos e comunidades (Oliveira, 2009; Simmons-Mackie, 2008 citados por Silva, 2018, p.23). A afasia, ao causar alterações da comunicação, altera a vida das pessoas a vários níveis e provoca a necessidade de adaptação às alterações que estas impõem. Esta necessidade de adaptação, que pode ou não ser realizada com sucesso, tem consequências no bem-estar psicológico das pessoas. Assim, existe necessidade de proporcionar um maior entendimento sobre as consequências psicológicas que as pessoas podem apresentar. Este entendimento permite a prestação de cuidados de forma holística. Durante o nosso percurso académico, na realização de ensinamentos clínicos, tivemos oportunidade de prestar cuidados a utentes com status pós-AVC e afasia consequente e observar alterações psicológicas nestes, por vezes também expressadas pelos mesmos. Assim, sentimos necessidade de apresentar mais conhecimentos sobre o tema de forma a suprir necessidades apresentadas pelos utentes de forma a contribuir para a nossa formação académica, vida profissional e pessoal.

A prática de enfermagem deve ser baseada na evidência pelo que a investigação é essencial. Segundo Martins (2008, p. 63) é reconhecida a

importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

Assim, com a realização desta monografia propõe-se a atualização do conhecimento sobre este tema, o que se constitui como uma ferramenta para a evolução do saber-saber necessário à prestação de cuidados de enfermagem ajustados à evidência produzida até ao momento e que, por isso mesmo, permite uma melhoria e/ou otimização da prática de enfermagem que se investe sempre de uma visão holística.

Definimos um objetivo geral e dois específicos visando identificar claramente o problema e apresentar a sua delimitação. Para tal tivemos em conta que o objetivo geral é um “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo” (Fortin, 2003, p. 100 citado por Santos et al, 2019, p. 52). Consequentemente os objetivos específicos devem ser definidos com base no objetivo geral, mas devem focar e restringir a sua abrangência definindo metas parciais. Este estudo tem como objetivo geral determinar os efeitos psicológicos que a afasia tem nos utentes no pós-AVC. Os objetivos específicos definidos são:

- Identificar na literatura os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC;
- Descrever e sintetizar os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC.

Para isto decidiu-se utilizar a metodologia de revisão *scoping*. Esta escolha decorre da possibilidade de podermos efetuar uma apreciação abrangente da literatura sem a exigência de termos em conta o nível de qualidade da literatura produzida, o que se coaduna com o nível elementar de perícias requeridas para o investigador. Além do mais, também se compadece com uma metodologia mais acessível e exequível face ao tempo que temos para a concretizar. Assim, esperamos que esta revisão condense uma

atualização sobre a produção científica dos últimos anos e complementa aquilo que é o conhecimento até agora produzido. A escolha deste método foi também efetuada tendo em consideração a dificuldade em aceder à população adequada para a recolha de dados sobre o tema. Esta metodologia sintetiza os resultados de vários estudos relevantes identificados e selecionados sobre um tema bem definido, reunindo informações de modo imparcial e integrado, para produzir informações atualizadas sobre o tema.

A primeira parte do presente trabalho consiste num enquadramento teórico em que iremos abordar o AVC, nomeadamente a sua definição, os tipos de AVC, as suas consequências e a epidemiologia do AVC em Portugal. Seguidamente iremos abordar a afasia, nomeadamente a sua definição, os tipos de afasia, e as repercussões que esta pode ter na pessoa pós-AVC de um modo geral. Por fim, focamos a assistência de enfermagem da pessoa no pós-AVC, salientando a perspetiva concetual da enfermagem de Jean Watson no que concerne à resposta que pode assegurar a esta população.

A segunda parte do trabalho relata a metodologia utilizada na realização desta monografia, salientando o método escolhido, a questão de investigação definida, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa utilizada e a extração e apresentação de resultados dos artigos escolhidos.

Na terceira parte vamos apresentar os resultados obtidos de forma expositiva cuja reflexão e análise face ao conhecimento estabelecido, nomeadamente no que concerne à enfermagem, irá ter lugar na discussão.

Por fim, apresentamos a conclusão que salienta as principais evidências encontradas resultantes da análise de resultados obtidos, bem como limitações do presente trabalho, dificuldades encontradas na sua realização e estratégias utilizadas para ultrapassar as mesmas.

A configuração deste trabalho tem em consideração as regras estabelecidas pela Escola Superior de Saúde Atlântica, no que concerne à formatação de trabalhos académicos, que define como norma para as referências bibliográficas a da APA sexta edição.

Baseámos o nosso trabalho na Teoria do cuidar transpessoal de Jean Watson. Segundo Watson (2002, p. 55) a teoria do cuidar defende o “conceito de caring, sendo o cuidar, o ideal moral da enfermagem, onde seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”.

1. Enquadramento concetual

1.1 Acidente Vascular Cerebral: do conceito às consequências

O AVC é definido como “uma doença cardiovascular causada pela interrupção do fornecimento de sangue no cérebro, havendo uma diminuição ou ausência do aporte de oxigénio e nutrientes, originando lesões no tecido cerebral” (Organização Mundial de Saúde, 2014 citado por Morgado, 2017, p. 25).

Os fatores de risco para a ocorrência de um AVC podem ser classificados em modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores não modificáveis encontram-se a “idade, o sexo/raça, hereditariedade, baixo peso à nascença e origem geográfica” (Borges, 2013, p. 19). Quanto mais avançada é a idade da pessoa, maior o risco de ocorrência de AVC, sendo que “após os 55 anos de idade a cada década duplica o risco de ocorrer um AVC” (American Heart Association, 2011 citado por Borges, 2013, p. 19). Quanto ao sexo e etnia o AVC “tem maior incidência nas pessoas do sexo masculino e em pessoas de raça negra” (Salgueiro, 2008 citado por Borges, 2013, p. 19). Entre os fatores de risco modificáveis incluem-se: tabagismo, doenças cardiovasculares e diabetes (Melo, 2015, p. 90). Inclui-se também sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial, níveis de colesterol elevados, consumo de drogas e ingestão de elevadas quantidades de álcool. Assim, através de algumas modificações no estilo de vida e controlo de doenças como a hipertensão arterial, diabetes e dislipidémia é possível diminuir os fatores de risco e atuar na prevenção desta patologia. Ao realizar modificações na dieta, realizar exercício físico, controlo do peso e alterar hábitos nocivos (como o consumo de álcool, tabaco e drogas) podemos alterar estes fatores.

No que concerne à patognomia

“os sinais e sintomas de um AVC devem incluir um ou mais distúrbios definitivos da função cerebral tais como comprometimento motor unilateral ou bilateral, incluindo falta de coordenação; comprometimento sensorial unilateral ou bilateral; afasia/disfasia; hemianopsia; desvio conjugado do olhar; apraxia de início agudo; ataxia de início agudo, défice de perceção de início agudo” (Organização Mundial de Saúde, 2009 citado por Faria, 2014, p. 61).

Os sinais específicos de AVC incluem “cefaleias, vômitos, depressão do nível de consciência, confusão mental, paresia ou plegia de um ou mais segmento dos membros ou facial, alteração da marcha como descoordenação e quedas, crises convulsivas, perda

da visão ou parte do campo visual, afasia sensitiva/motora ou global, disartria, vertigem, diplopia e disfagia (Charles, 1999 citado por Martins, 2011, p. 32)

De acordo com Keawalin, Tatree & Thanakamon (2020, p. 22) os 3 sintomas chaves de AVC são a “súbita falta de força num membro, boca ao lado e dificuldade em falar”. Estes sintomas característicos ajudam na deteção rápida da ocorrência de um AVC, pelo que quanto maior o conhecimento da população sobre os mesmos, maior é a probabilidade de prevenção de piores *outcomes*.

Tipos de AVC

As lesões podem advir de causa isquémica ou hemorrágica. Pode ocorrer por obstrução, rutura ou lesão vascular, alteração da viscosidade do sangue ou da permeabilidade vascular (Fukujima, 2010 citado por Fontoura, 2012, p. 6). O AVC de origem isquémica ocorre quando existe obstrução da artéria cerebral e pode ser classificado de embólico ou trombótico. A diferença entre estes dois tipos de AVC consiste:

- Na formação do trombo no local de ocorrência da obstrução (trombótico) podendo ou não ser lentamente formado;

- Ou formação do trombo noutra local e transportado até ao local onde ocorre a obstrução (embólico) sendo geralmente imediato.

O AVC de origem hemorrágica ocorre quando existe saída de sangue dos vasos e extravasamento para o tecido cerebral e pode ser classificado em “hemorragia subaracnoideia ou intracerebral” (Cancela 2018 como citado por Morgado, 2017, p. 32).

O AVC pode ser assintomático ou sintomático, dependendo estes da localização da lesão ocorrida. O AVC sintomático pode ser “focal ou difuso, sendo que o focal apresenta um território vascular definido (AVC ou acidente isquémico transitório) e o difuso, um quadro clínico referente ao encéfalo como um todo (ex.: encefalopatia hipertensiva e demência vascular)” (Fukujima, 2005 referido por Fontoura, 2012, p. 8).

O AVC pode ser classificado também através do tipo de vaso em que ocorreu a lesão, podendo esta ter ocorrido ao nível de os “grandes vasos, os pequenos vasos, a circulação terminal e o território venoso” (Fukujima, 2005 como referido por Fontoura, 2012, p. 8).

As artérias que fornecem sangue ao encéfalo são 4 e são as seguintes: “o par de artérias vertebrais que irrigam o tronco encefálico, o cerebelo e a porção pósterio-inferior do telencéfalo, e o par de artérias carótidas internas que irrigam as porções anterior, superior e lateral dos hemisférios cerebrais” (Lundy-Ekman, 2004 referido por Fontoura, 2012, p. 9).

As três principais artérias cerebrais são a Artéria Cerebral Anterior (ACA), que irriga a superfície medial dos lobos frontal e parietal e a porção anterior da cabeça do caudado, a Artéria Cerebral Média (ACM), que irriga a maior parte da porção lateral dos hemisférios e a Artéria Cerebral Posterior (ACP) “mesencéfalo, lobo occipital e porções dos lobos temporal medial e inferior” (Lundy-Ekman, 2004 como referido por Fontoura, 2012, p. 9).

Consequências do AVC

Nesta patologia o tempo é um importante fator no que se refere aos *outcomes*, pelo que a realização de tratamento o mais precoce possível pode minimizar as sequelas que poderão advir. As consequências do AVC dependem da área afetada e das funções dessas áreas. O AVC tem várias consequências podendo estas ser físicas, psicológicas ou sociais. Entre as consequências físicas motoras encontram-se: a hemiplegia ou a hemiparesia no lado contralateral ao hemisfério em que ocorreu a lesão, ataxia, disfagia, incontinência vesical e/ou intestinal, diminuição da sensibilidade superficial e parestesias.

Seguidamente apresentamos uma tabela (Tabela 1) com as síndromes clínicas causados por lesões nas diferentes artérias (Martins, 2011, p. 29):

Artéria afetada	Síndromes clínicas
Artéria Cerebral Anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Paresia do membro inferior contralateral, de predomínio distal; • Paresia menos marcada do membro superior contralateral, de predomínio distal; • Perda sensitiva do membro inferior contralateral; • Incontinência urinária; • Reflexos primitivos; • Abulia; • Apraxia da marca; • Perseveração.
Artéria Cerebral Média	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparésia contralateral de predomínio fácio-braquial; • Hemihipostesia contralateral; • Hemianópsia homónima contralateral; • Afasia global, motora ou sensitiva (se lesão do hemisfério dominante);

	<ul style="list-style-type: none"> • Anosognosia, hemineglect contralateral (se lesão do hemisfério não dominante); • Paralisia do olhar conjugado para o lado oposto; • Desvio homolateral da cabeça e dos olhos; • Disartria.
Artéria Vertebral e Basilar	<ul style="list-style-type: none"> • Diplopia, oftalmoparesia ou desconjugação dos movimentos oculares; • Vertigem, náusea e nistagmo; • Disartria, disfagia e fraqueza dos músculos de inervação bulbar; • Hipostesia e paresia facial de tipo periférico homolaterais; • Soluços e insuficiência respiratória; • Défice motor dos membros contralaterais ou tetraparesia; • Hipostesia dos membros contralaterais ou bilateral; • Coma.
Artéria Cerebelosa posteroinferior	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Horner homolateral; • Hipostesia térmico-álgica da hemiface homolateral; • Vertigens, náuseas, vômitos e nistagmo; • Paresia homolateral do palato (com disfagia); • Paresia homolateral dos músculos da laringe (com disфонia); • Ataxia dos membros homolaterais; • Hipostesia dos membros e tronco contralaterais.
Artéria Cerebelosa Antero-inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Horner homolateral; • Hipostesia térmico-álgica da hemiface homolateral; • Paresia do abducente homolateral; • Hipoacusia e zumbido homolaterais; • Vertigens, náuseas, vômitos e nistagmo; • Ataxia dos membros homolaterais e disartria.
Artéria Cerebelosa Superior	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Horner Homolateral; • Ataxia e tremor dos membros homolaterais; • Hipostesia térmico-álgica dos membros e tronco contralaterais; • Paresia facial central contralateral; • Paresia do nervo troclear contralateral.
Topo da Artéria Basilar	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalias pupilares; • Ptose palpebral ou retração palpebral; • Paresia supranuclear do olhar vertical; • Sonolência; • Hemibalismo; • Amnésia; • Cegueira cortical.
Artéria Cerebral Posterior	<ul style="list-style-type: none"> • Hemianópsia homônima contralateral poupando a mácula; • Cegueira cortical (se bilateral); • Amnésia (se bilateral).

Tabela 1- Síndromes clínicas causados por lesões nas diferentes artérias

Pode existir complicações neuropsicológicas como “dificuldades de memória, de atenção, de linguagem, de percepção, de velocidade de processamento da informação, prejuízos nas funções executivas, nas praxias e nas habilidades aritméticas” (Barker-Collo et al., 2016; Jokinen et al., 2015; Levine et al., 2015 como citado por Santos, 2017, p. 9). Segundo Faria (2014, p.61) “a nível da comunicação e linguagem pode apresentar

disartria, afasia, disfasia, hemianopsia, apraxia e ataxia de início agudo” (citando Organização Mundial de Saúde, 2009).

As sequelas que advêm desta doença podem ter como consequência a incapacidade para exercer autonomamente as atividades de vida que o sujeito concretizava até ao momento do AVC, com impacto negativo na qualidade de vida. A necessidade de reabilitação e reajuste em várias áreas da vida das pessoas e dos seus familiares estão muitas vezes implícitas, sendo que

cerca de um terço dos sobreviventes de um AVC apresenta baixo desempenho cognitivo e dificuldades emocionais, como ansiedade e sintomas depressivos em até 10 a 15 anos após o primeiro evento cerebrovascular (Crichton, Bray, McKeivitt, Rudd, & Wolfe, 2016 citado por Santos, 2017, p. 9)

Segundo Ribeiro (2017, p. 8) pode também existir incidência de “Stress Pós-Traumático pós-AVC (10-31%), perturbações da ansiedade (20%), de propensão para a raiva (15%-50%)—e perturbações ao nível da expressão emocional, a mania pós-AVC (1%), fadiga pós-AVC e disfunção sexual”. Pode apresentar “labilidade emocional, hostilidade, frustração, ressentimento e falta de motivação e/ou cooperação e depressão” (Ferraz, 2003 citado por Borges, 2013, p. 22).

Epidemiologia do AVC em Portugal

Segundo a World Stroke Association (2020, p. 5) as mortes por AVC no mundo foram 5.5 milhões em 2019. Em Portugal no ano de 2018 esta foi a doença responsável pelo maior número de mortes (11 235 pessoas), representando 9,9% da mortalidade, sendo que em 2017 existiram 11 270 óbitos (Instituto Nacional de Estatística, 2020). No entanto, as mortes por AVC têm reduzido sendo que em 2008 correspondiam a 13,9% das mortes (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

1.2. Afasia: definição e especificidades no âmbito do AVC

A afasia segundo Tábuas-Pereira *et al.* (2018) é uma das possíveis consequências AVC e afeta 21% a 38% dos doentes A sua definição implica uma:

perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas envolvidas no processamento da linguagem. Na afasia de natureza vascular, os quadros repetem-se. Uma determinada artéria cerebral é responsável pela irrigação de um

determinado território do cérebro, que é responsável por uma determinada função. Se houver uma interrupção da circulação no território dessa artéria, os tecidos morrem e a função deixa de ser executada (Caldas, 2000, p.164-165).

O tipo de afasia, a sua severidade e os danos resultantes dependem da área afetada. De acordo com Salgueiro (2014, p. 39) “O hemisfério cerebral esquerdo é dominante para a linguagem nos destros, apesar do hemisfério direito ter algumas capacidades linguísticas como compreensão de palavras e frases curtas e também a expressão”. Assim, pessoas com lesões nestas áreas podem apresentar alterações na linguagem consoante as artérias e estruturas afetadas. A classificação das afasias é feita através da aplicação de uma bateria de testes que efetua “a avaliação das características do discurso espontâneo, do desempenho na capacidade de nomeação dos objetos, na capacidade de repetição das palavras e na capacidade de compreensão de ordens simples” (Garcia e Coelho, 2009 citado por Salgueiro, 2014, p. 49). As alterações na construção de linguagem, ou seja, as alterações do discurso e da escrita podem ser descritas como afasias expressivas, que pressupõem lesão em estruturas cerebrais responsáveis pela produção da linguagem (como área de Broca) enquanto que alterações na compreensão e da leitura podem ser consideradas afasias recetivas, que afetam áreas cerebrais relacionadas com a compreensão (como a área de Wernicke). A linguagem falada pode ser considerada fluente se não é necessário esforço para a produção de frases, mas podendo existir anomia, parafrasias, neologismos e circunlóquios. Pode ser considerada não fluente se existe necessidade de esforço e tempo para ser construído, podendo ser constituído por palavras individuais ou frases simples e curtas e pode existir erros léxicos e de gramática. Pode chegar a não existir produção de discurso, classificado como mutismo.

Segundo Salgueiro em Portugal a bateria de testes “mais frequentemente utilizada é a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa” (2014, p. 48). As afasias são assim classificadas em: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mista e afasia anômica.

Avaliação da afasia

A avaliação da afasia é realizada através de baterias de teste. Os parâmetros mais frequentemente utilizados nestas escalas são a “fluência do discurso, capacidade de denominação de objetos, capacidade de repetição de palavras e capacidade de compreensão de ordens” (Leal & Martins, 2005, 358). É também sugerida a “avaliação

da fala espontânea, da compreensão oral e escrita, da capacidade de repetição, da habilidade de leitura oral, de nomeação para caracterização do quadro afásico” (Mansur e Radanovic, 2004 citado por Fontoura, 2012, p. 12).

As afasias quanto à fluência do discurso podem ser classificadas em fluentes e não fluentes. A fluência do discurso é identificada através da avaliação do “débito verbal, o esforço produtivo, a articulação, o comprimento das frases, a prosódia, as características do léxico e análise das parafasias” (Santos, 2013, p.8). Na afasia não fluente existe alterações da expressão, sendo característico do discurso neste tipo de afasia apresentar “débito reduzido, elevado esforço produtivo, presença de disartria e perturbação da prosódia, sendo as frases curtas” (Santos, 2013, p.8). Pode também, consoante o grau de gravidade, haver “mutismo, emissão de um estereótipo, produção de palavras ocasionalmente corretas, frases telegráficas e erros de articulação” (Leal & Martins, 2005; Mansur & Radanovic, 2004 como referido por Fontoura, 2012, p. 14).

Na Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa, o discurso não-fluente é classificado de acordo com graus de gravidade sendo que de acordo com Santos (2013, p. 9) nos níveis mais ligeiros os utentes apresentam frases produzidas com “ comprimento próximo do normal com produção de algumas parafasias”, nos níveis moderados existe “produção de frases telegráficas” e nos níveis mais graves pode existir “ausência de discurso, emissão de estereótipo (que pode ter ou não melodia adequada) ou existir a produção verbal de palavras ocasionalmente corretas”.

Na afasia fluente o discurso apresenta “uma fala sem esforço, com frases de comprimento, ritmo e melodia normais (extensão das frases 5 a 8 palavras), porém sem conteúdo informativo devido à falta de nomes (substantivos), ao uso de palavras incorretas (parafasias ou neologismos) e aos circunlóquios” (Leal & Martins, 2005; Mansur & Radanovic, 2004 como referido por Fontoura, 2012, p. 15). Na Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa, o discurso fluente é também classificado de acordo com graus de gravidade, com classificação de 0 a 5 equivalendo a classificação de 0 ao nível mais grave e a classificação de 5 pontos ao nível mais ligeiro. De acordo com Santos (2013, p. 9) o último nível corresponde a “ discurso com fluência normal, sem pausas nem parafasias”, no grau seguinte existem no discurso “pausas anómicadas e/ou ocasionais parafasias”, os utentes classificados no nível seguinte apresentam “ predominio de pausas anómicadas, sendo frequente o uso de termos inespecíficos como “coisa” ou “aquilo””, no grau seguinte o utente apresentam circunlóquios “vai substituindo umas palavras

por outras e rodeando o assunto com outras expressões, utilizando um número exagerado de palavras”, no nível 4 “ verifica-se um discurso com predomínio de parafasias, que podem ser verbais ou semânticas, literais ou fonológicas, ou ainda neologismos” e o nível 5 corresponde a um discurso que “ pode ser jargonafásico, existindo a produção frequente de neologismos”. As afasias não fluentes geralmente ocorrem quando existe “lesões corticais com localização anterior ao rego de Rolando (onde se localiza a área de Broca)” (Mineiro, Caldas, Rodrigues & Leal, 2008, p. 137).

Seguidamente iremos abordar de forma sumária como pode ser avaliada a capacidade de nomeação, repetição, compreensão, leitura e escrita.

Erros de nomeação ocorrem em todos os tipos de afasia. Para testar esta capacidade pode ser pedido ao utente para “dizer os nomes de alguns objetos, de uso comum” (Leal & Martins, 2005, p. 362). Os objetos devem ser mostrados ao utente quando se pede para os nomear, podendo ser através de imagens ou o objeto em si. O utente com alterações da nomeação pode conseguir nomear apenas alguns dos objetos mostrados ou pode apresentar anomia total.

A capacidade de repetição pode ser testada através do pedido para repetir palavras progressivamente mais compridas e seguidamente frases, com progressiva complexidade. Deve-se pedir que repita palavras “curtas e frequentes (casa, rato, ...), números (dois, cinquenta, ..., mil e dezanove), depois palavras mais compridas (futebol, autocarro, frigorífico...) e por fim frases (hoje está sol / não deixes a chave na porta)” (Leal & Martins, 2005, p. 362).

A compreensão pode ser avaliada através do pedido de execução de ordens simples ao utente “(aperte a minha mão)” ou realização de perguntas de resposta simples do tipo sim/não “(ex. a porta está fechada?)” (Leal & Martins, 2005, p. 362).

Deve ser tido em conta déficits motores do utente para não avaliar erradamente como alterações da compreensão a falta de execução das ordens dadas por incapacidade de realizar os movimentos pedidos. É também necessário considerar que o utente pode apresentar apraxia (Leal & Martins, 2005, p. 362).

A capacidade de leitura pode ser efetuada através do pedido de associação entre uma palavra indicada verbalmente e a mesma palavra escrita ou através do pedido de associação entre um objeto mostrado e o nome desse objeto escrito. Pode também tornar

o pedido mais complexo “escrevendo perguntas sim/não ou ainda pedir que leia um cabeçalho de jornal” (Leal & Martins, 2005, p. 363). Devem ser efetuadas questões ao utente para avaliar a sua compreensão acerca do tema sobre o qual o utente efetuou a leitura pedida. Devemos ter em conta o grau de literacia do utente para não confundir a incapacidade de ler com alterações a nível neurológico.

A avaliação da capacidade de escrita deve ser efetuada através do pedido ao utente para escrever palavras ditas pela pessoa que está a efetuar a avaliação com evolução. Se conseguir realizar a tarefa pedida deve ser realizado pedido para escrever “uma frase por ditado e que escreve espontaneamente uma frase” (Leal & Martins, 2005, p. 363).

Em seguida é apresentada uma tabela com o resumo dos 4 parâmetros mais avaliados para classificação do tipo de afasia e tipos de afasia (Leal & Martins, 2005, p. 36).

	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição
Afasia Global	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Afasia de Broca	Alterada	Normal	Alterada	Alterada
Afasia de Wernicke		Alterada	Alterada	Alterada
Afasia De Condução	Normal	Normal	Alterada/ Normal	Alterada
Afasia Anómica	Normal	Normal	Alterada	Normal
Afasia Transcortical Mista	Alterada	Alterada	Alterada	Normal
Afasia Transcortical Sensorial	Normal	Alterada	Alterada	Normal
Afasia Transcortical Motora	Alterada	Normal	Alterada	Normal

Tabela 2- Tipos de afasia e sua avaliação em fluência, compreensão, nomeação e repetição

Escalas de avaliação da afasia pós-AVC

A avaliação da afasia e sua classificação nos diferentes tipos de afasia é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado. A avaliação deve identificar “a natureza e a extensão da afasia, as competências comunicativas residuais, o impacto no indivíduo e sua família, a situação psicossocial individual e o bem-estar geral” (Sousa, 2005 citado por Salgueiro, 2014, p. 47). As escalas usadas para realizar esta avaliação partilham as mesmas características “1º - comparam e diferenciam o desempenho linguístico em diferentes domínios, como expressão e compreensão; 2º - os resultados permitem um diagnóstico sindrômico, pondo cada doente numa categoria diagnóstica exclusiva” (Leal, 2003, p. 131; Sousa, 2005, p. 11 citado por Salgueiro, 2014, p. 47)

Existem algumas escalas que podem ser usadas para a identificação de afasia pós-AVC. Entre estas iremos abordar a Aphasia rapid test, a National Institutes of Health Stroke Scale, a Frenchay Aphasia Screening Test, a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa e a Boston Diagnostic Aphasia Examination.

Aphasia rapid test é útil para determinar gravidade da afasia AVC, sendo um “instrumento fácil e de rápida utilização que produz resultados reproduzíveis, permitindo uma avaliação e monitorização eficientes da gravidade da afasia, tanto no estágio agudo quanto no *follow-up*” (Tábuas- Pereira *et al.*, 2018, p. 270). Os seus parâmetros são “baseados nos parâmetros neurológicos que são geralmente avaliados num AVC” (Tábuas- Pereira *et al.*, 2018, p. 266). Na realização da avaliação através desta escala é pedido à pessoa que realize duas ordens simples (avaliadas de 0 a 2 pontos) “abrir e fechar os olhos” e “dar a mão esquerda” e uma complexa (avaliadas de 0 a 3 pontos) “Por a mão esquerda na orelha direita”. É também pedido que realize a repetição das palavras “anel”, “tarte” e “bagagem” com cotação de 0 a 2 pontos por palavra, bem como da frase “o rapaz canta na floresta” com cotação de 0 a 2 pontos. É pedido que realize a nomeação dos objetos “chave”, “caneta” e “saia” ou “calças”, sendo a avaliação feita de 0 a 2 pontos por cada palavra. O 5º item consiste na avaliação da disartria sendo classificado entre 0 a 3 pontos e o 6º item realiza a avaliação da fluência verbal semântica ao dizer o “nome do maior número de animais que se lembra num minuto”, avaliado entre 0 a 4 pontos consoante o número de palavras proferido. A cotação total pode então variar entre 0 a 26 pontos, sendo a pontuação mais alta de cada item atribuída quando não é realizado adequadamente o pedido em cada parâmetro. Assim são avaliados os “quatro parâmetros principais encontrados num estudo de linguagem: compreensão, repetição, nomeação e fluência semântica” (Tábuas- Pereira *et al.*, 2018, p. 166).

O National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) é uma escala de avaliação neurológica para realizar em pessoas que sofreram AVC, ajudando a identificar a gravidade do AVC. Esta escala realiza a avaliação do nível de consciência com cotação de 0 a 3 pontos e é questionada a idade da pessoa e mês do ano com cotação de 0 a 2 pontos. Pessoas com afasia de compreensão têm avaliação de 2 pontos. É também pedida a realização de ordens “ abrir e fechar os olhos” e depois “abrir e fechar a mão não parética” com cotação entre 0 e 2 pontos, a avaliação dos movimentos oculares horizontais com cotação entre 0 e 2 pontos, dos campos visuais (com cotação entre 0 a 3 pontos), parésia facial (com cotação entre 0 a 3 pontos), membros superiores (com cotação entre 0 a 4 pontos) e membros inferiores (com cotação entre 0 a 4 pontos), ataxia dos membros (com cotação entre 0 a 2 pontos) e sensibilidade. É também avaliada a presença de afasia e disartria (0 a 2 pontos). Para avaliação da afasia é pedido à pessoa para descrever uma imagem, para nomear objetos e ler uma lista de frases. A capacidade de compreensão é avaliada através das respostas efetuadas. Este item é pontuado entre 0 a 3 pontos. A pessoas sem afasia é atribuída a classificação de 0 pontos. A pessoas com afasia leve a moderada recebe a classificação de 1 ponto neste item. Deve apresentar “perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão”. A pessoas com afasia grave recebe classificação de 2 pontos. As características que definem a mesma são a comunicação ser realizada através de “expressões fragmentadas”, existir “necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador” e o examinador assumir a maior parte do diálogo, limitação da quantidade de informação trocada durante a comunicação ou respostas incorretas. Aos utentes que apresentem afasia global ou mutismo é atribuída a classificação de 3 pontos. Estes utentes devem não apresentar discurso ou compreensão verbal impercetível.

O Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) tem sido amplamente utilizado na população com AVC (Canadian Stroke Network & McGill University, 2010; Hilari *et al.*, 2010 citado por Jackson, 2013, p. 103). Esta escala é útil para realizar a identificação da presença de afasia e sua gravidade avaliando a compreensão, a expressão verbal, leitura e escrita de uma forma rápida. A pontuação máxima possível é de 30 pontos, sendo que a compreensão e expressão verbal são avaliadas num máximo de 10 pontos cada e a leitura e escrita até 5 pontos. A cada resposta correta é atribuído 1 ponto. A capacidade de compreensão é avaliada através do uso de imagens, sendo pedido aos utentes que

identifique alguns objetos. Devem ser feitas questões como “Aponte para um barco; Antes de apontar para o pato perto da ponte, aponte o meio da colina; Aponte para o quadrado, o cone e o semicírculo” (Enderby, Wood, Wade & Hewer, 1986, p. 166). Por cada resposta correta é atribuído um ponto. Para avaliar a capacidade de expressão é pedido ao utente para realizar a descrição de uma imagem e para nomear a maior quantidade de animais que se conseguir recordar num minuto. A pontuação atribuída depende da nomeação efetuada e quantidade de nomes corretos referidos. A pontuação total é de 10 pontos. Se nomeia entre 1 a 2 objeto da imagem obtém classificação de 1 ponto e se nomear entre 5 e 7 obtém classificação de 3 pontos (Enderby, Wood, Wade & Hewer, 1986, p.167). Quanto à nomeação de animais a pontuação atribuída máxima é atribuída se o utente conseguir nomear 15 animais, correspondendo a 7 pontos. Para avaliar a capacidade de leitura são mostradas cinco ordens escritas num papel, sendo estas por exemplo “Mostre-me a ponte, Toque a parte inferior do cartão e depois a parte superior” (Enderby, Wood, Wade & Hewer, 1986). Por cada resposta certa é atribuído 1 ponto sendo que o máximo é 5 pontos. Para avaliar a capacidade de escrita é pedido que o utente escreva uma descrição de uma imagem, sendo atribuídos pontos de acordo com o número de palavras escritas usadas corretamente e nível de construção gramatical utilizado (Enderby, Wood, Wade & Hewer, 1986, p. 167). A pontuação máxima que poderá ser obtida é 5 pontos. Pessoas “com menos de 60 anos de idade com uma pontuação de 27 ou menos e pessoas 61-70 anos de idade com uma pontuação de 25 ou menos triagem positiva para afasia” (Canadian Stroke Network & McGill University, 2010; Salter, Jutai, Foley, *et al.*, 2006 citado por Jackson, 2013, p. 103). Esta escala pode ser utilizada na sua versão completa para auxiliar o diagnóstico de localização de lesões cerebrais ou abreviada (sem avaliação de leitura e escrita) para identificar afasia em pessoas que já apresentam diagnóstico de uma lesão, bem como para identificar afasia em participantes de estudos (Enderby, Wood, Wade & Hewer, 1986, p. 169).

A Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) é uma escala que permite classificar a afasia nos seus diferentes tipos, bem como “a descrição da natureza de cada síndrome conforme o nível de defeito linguístico” (Sousa, 2005 citado por Salgueiro, 2014, p. 49). Nesta escala é avaliada a fluência, compreensão, nomeação, leitura, fala espontânea, escrita e repetição. Estes parâmetros constituem 8 itens consideradas 8 subescalas. Dentro do item dedicado à avaliação da fluência é avaliada a melódica, o comprimento das frases, a agilidade de articulação, a forma gramatical, uso de parafrases

e nomeação. No item que avalia a compreensão é avaliada em discriminação de palavras, identificação de partes do corpo, ordens e material de ideação complexo. Quanto à avaliação da nomeação é examinada a nomeação responsiva, confrontação visual, nomeação de animais e de partes do corpo. Na avaliação da leitura é pedido que seja realizada a leitura de palavras e de frases. Na avaliação da repetição é pedida a realização de repetição de palavras e frases de alta e baixa probabilidade. Quanto à fala automática são examinadas as sequências automáticas e recitação. Na leitura são avaliadas a discriminação de símbolos, reconhecimento de palavras, soletrar, frases e parágrafos e correspondência de imagens e palavras. Quanto à escrita são avaliados os mecanismos, escrita em série, escrever o ditado, escrever o soletrado para ditado, confrontação de nomes escritos, ditado de frases e escrita narrativa. Esta escala demora 90 minutos a ser realizada na sua forma completa e 40 a 60 minutos na forma curta (Salgueiro, 2014, p. 49). A pontuação de cada subescala é “transformada em percentil, e posteriormente irá obter-se um gráfico com o perfil do desempenho” (Sousa, 2005 citado por Salgueiro, 2014, p. 50).

A Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) é uma bateria de testes que avalia a “nomeação, repetição, fluência, compreensão, escrita, leitura, uma escala de avaliação do discurso espontâneo e uma versão do Token test” (Salgueiro, 2014, p. 48) realizando identificação da afasia apresentada por tipos. Nesta escala é avaliado o discurso espontâneo, o coloquial e provocado. É realizada a avaliação da fluência que é classificada segundo graus de gravidade. Na classificação do discurso não-fluente de acordo com Santos (2013, p. 9) nos níveis mais ligeiros os utentes apresentam frases produzidas com “comprimento próximo do normal com produção de algumas parafasias,” nos níveis moderados existe “produção de frases telegráficas” e nos níveis mais graves pode existir “ausência de discurso, emissão de estereótipo (que pode ter ou não melodia adequada) ou existir a produção verbal de palavras ocasionalmente corretas”. E o discurso fluente é classificado entre 0 a 5 equivalendo a classificação de 0 ao nível mais grave e a classificação de 5 pontos ao nível mais ligeiro. Nas características do discurso coloquial e provocado é avaliado a prosódia, comprimento das frases, articulação, estrutura gramatical, evocação de palavras, parafasias e expressões coloquiais.

Cada um destes parâmetros é avaliado entre 0 a 2 pontos, correspondendo o 0 a ausência de alterações nestes parâmetros. É também avaliado o discurso não proposicional, sendo examinada a linguagem em série dos dias da semana, contagem

direta e invertida, recitação e canto. Na avaliação da nomeação é pedido ao utente que realize a nomeação de objetos mostrados. A avaliação da compreensão é realizada através da identificação direta de objetos, compreensão de ordens simples, compreensão de questões com resposta sim ou não e compreensão de ordens complexas. A avaliação da repetição é realizada através da repetição de palavras, repetição de palavras monossilábicas, frases e dígitos. A avaliação da leitura é realizada através de leituras várias nomeadamente leitura de letras, associação de letras, associação de palavras-objetos, leitura de nomes, identificação de palavras e leitura de texto. A avaliação da escrita é realizada através da escrita do nome e morada, ditado, cópia e escrita espontânea. A compreensão é avaliada através da realização de gestos correspondentes às palavras mostradas. Esta escala “considera as dimensões da produção e da compreensão da linguagem, excluindo processos e componentes responsáveis pelos níveis de processamento linguístico.” (Salgueiro, 2014, p. 48). A classificação resultante identifica a gravidade da afasia entre 0 a 6 graus.

Segundo a escala de Damásio (1973) no grau 0 existe “Perturbação do discurso e da compreensão auditiva que compromete totalmente a comunicação entre o doente e o examinador”, no grau 1 “toda a comunicação é feita através de expressões fragmentárias, o observador necessita de inferir, perguntar e adivinhar. É limitada a quantidade de informação que pode ser trocada. A maior parte do esforço de comunicação é feito pelo examinador” no grau 2 “é possível conversar com o doente sobre assuntos familiares com a ajuda do examinador. Há frequentes deficiências na transmissão de uma ideia, mas tanto o doente como o observador se esforçam para obter uma comunicação eficaz” no grau 3 “o doente consegue discutir quase todos os problemas da vida quotidiana podendo ser necessária uma pequena ajuda. No entanto, a perturbação no discurso e na compreensão tornam a conversação sobre certos assuntos difícil ou mesmo impossível”, no grau 4 “há uma limitação evidente na fluência do discurso ou na facilidade de compreensão sem limitação significativa das ideias expressas, ou da forma de expressão”, no grau 5 existem “defeitos mínimos no discurso; o doente pode ter dificuldades subjetivas mas estas não são aparentes ao observador” e no grau 6 não existem alterações relevantes dos discurso e compreensão.

Tipos de afasia

Afasia de Broca

A afasia de Broca (ou afasia motora) é caracterizada por um discurso não fluente, com discurso lentificado, com pausas longas e dificuldade em articular as palavras (Salgueiro, 2014, p. 42). Quando não existe mutismo as frases construídas são curtas, agramaticais, e com sintaxe simples. Pode existir anomia e serem proferidas palavras únicas, bem como dificuldade em exprimir informações relacionadas com números. Apresentam com frequência vocabulário restrito, com predominância de nomes e verbos, com diminuição do uso de adjetivos, advérbios e preposições, o que caracteriza o “estilo telegráfico” e repetição das palavras usadas (Fontoura, 2012, p. 13). As palavras utilizadas eram usadas com frequência previamente à lesão e há alteração da pronúncia das palavras como disprosódia. Há prejuízo da escrita “muitas vezes associado à parésia da mão direita” (Salgueiro, 2014, p. 42). Deste modo verifica-se erros de ortografia, omissões de letras, má formação das letras e agramatismo (Whitaker, 2007, p. 10). A compreensão da linguagem encontra-se preservada ou pode ser levemente afetada e o cliente consegue compreender frases sintaticamente simples e ordens verbais simples, mas apresenta dificuldade em compreender frases mais complexas. A nomeação de objetos bem como a repetição de palavras encontram-se comprometidas, mas se forem utilizados substantivos familiares estas capacidades poderão ser concretizadas. Na maioria dos casos é causada por lesões por AVC isquémico sendo “ocorrem na parte anterior da zona da linguagem, comprometendo a área de Broca, no terço posterior da terceira circunvolução frontal esquerda” (Cambier, Masson & Dehen 2005 citado por Salgueiro, 2014, p. 44).

Afasia de Wernicke

Na afasia de Wernicke “a compreensão verbal da linguagem escrita e verbal é gravemente prejudicada” (Knopman, 2011, p. 2271). Pode não existir compreensão de palavras isoladas ou frases simples, especialmente se não são familiares para a pessoa. O discurso é preservado, fluente e as frases construídas durante uma conversa podem ter uma estrutura sintática adequada, mas são geralmente pouco complexas. É frequente existir “a presença de logorreia, parafasias, neologismos frequentes e episódios de jargão” (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic *et al.*, 2011 citado por Silva, 2018, p. 5). As pessoas podem não conseguir realizar repetição nem seguir ordens que não sejam simples. Este tipo de afasia é provocado por lesões que “incidem na área de Wernicke propriamente dita, no lobo temporal (na primeira circunvolução temporal esquerda), e no lóbulo parietal inferior” (Habib, 2000 citado por Salgueiro, 2014, p. 43).

Afasia de condução

Na afasia de condução o “discurso é relativamente fluente, a compreensão auditiva mantém-se intacta e a repetição é prejudicada” (Tippett & Hilis, 2016, p. 914). A leitura, a escrita e a nomeação estão geralmente prejudicadas. Apresentam respostas formuladas de forma adequada, mas pode existir substituição errada de letras, bem como paráfrases. A afasia de condução pode ser causada por lesão no fascículo arqueado que conecta a área de Wernicke e Broca (Purdy, 2016, p. 86). Pode também ser causada por lesões do giro temporal superior esquerdo e/ou giro supramarginal esquerdo (Axer, von Keyserlingk, Berks, & von Keyserlingk, 2001; Baldo & Dronkers, 2006 citado por Tippett & Hilis, 2016, p. 914). A causa mais comum de afasia de condução é a oclusão de uma porção do ramo angular da artéria cerebral média (Swanberg, Nasreddine, Mendez & Cummings, 2007, p. 80).

Afasia global

A afasia global é o tipo de afasia em que a comunicação é mais afetada. Isto deve-se a “existirem alterações da compreensão e da expressão” (Mineiro *et al.*, 2008 citado por Silva, 2018, p. 4). Existem também segundo o mesmo autor “alexia e agrafia”. As pessoas com este tipo de afasia são capazes de compreender palavras simples e de pronunciar sílabas, palavras ou frases automáticas. Existem alterações na repetição sendo que esta pode ser limitada a falas decoradas como letras de músicas ou contagens (Tippett & Hilis, 2016, p. 915). Apresentam dificuldade em nomear objetos e compreender perguntas e ordens simples. A afasia global é “consequente a uma lesão extensa que afeta grande parte da área da linguagem no hemisfério cerebral dominante” (Mineiro *et al.*, 2018 citado por Salgueiro, 2014, p. 45).

Afasia transcortical motora

Neste tipo de afasia a pessoa apresenta dificuldade em iniciar a fala e anomia pelo que é muito lentificada, não fluente e desorganizada (Stewart & Riedel, 2015, p. 679). O discurso produzido é simples e reduzido, necessita de estímulo de outra pessoa para o seu início e pode constituir-se por palavras ou sílabas articuladas de forma correta. Existe “uso de parafasias, erros sintáticos e fenómenos de perseveração” (Silva, 2018, p. 5). A capacidade de repetição, a compreensão e a leitura estão mantidas enquanto que a escrita está alterada. Este tipo de afasia é causado por lesões que “situam-se no lobo

frontal esquerdo, e dizem respeito à substância branca que liga o córtex frontal aos gânglios da base e à área de Broca” (Habib, 2000 citado por Salgueiro, 2014, p. 45).

Afasia transcortical sensorial

A afasia sensorial transcortical é uma afasia fluente que é caracterizada por compreensão alterada e repetição mantida (Babiak & Gorno-Tempini, 2014, p. 34). Pode existir hesitação, dificuldade em encontrar palavras e ocorrerem parafrases, neologismos e ecolalia com repetição aparentemente sem consciência. A escrita é afetada, podendo a leitura ser mantida ainda que com parafrases e com compreensão perturbada. Pode ocorrer quando uma lesão isola funcionalmente as áreas de Wernicke do resto do cérebro (Whitaker, 2007, p. 13) Assim, está frequentemente localizada nas áreas parietal e temporal, posteriormente à região perisilviana (Swanberg, Nasreddine, Mendez & Cummings, 2007, p. 82).

Afasia transcortical mista

Na afasia transcortical mista todas as áreas (discurso, compreensão, escrita, leitura, nomeação e repetição) estão alteradas exceto a repetição que se mantém preservada, mas com algumas falhas. O discurso nestas pessoas é quase inteiramente constituído por ecolalia dado que repetem o que lhes dizem, com articulação adequada. Se a frase for comum e previamente habitualmente usada pela pessoa, é possível que acabe a frase mesmo que não seja dita inteiramente. Pode ocorrer correção espontânea de erros gramaticais produzidos pelo examinador (Swanberg, Nasreddine, Mendez & Cummings, 2017, p. 83). As lesões que dão origem a este tipo de afasia são frequentemente localizadas nas áreas corticais da zona limítrofe vascular anterior e posterior do hemisfério esquerdo (Swanberg, Nasreddine, Mendez & Cummings, 2017, p. 83).

Afasia anômica

Na afasia anômica há alterações ao nível do discurso, estando a compreensão, leitura e repetição mantidas ou inalteradas. Existe anomia, dificuldade em utilizar substantivos e verbos bem como circunlocução consequente. Existe uso frequente de palavras vazias (Silva, 2018, p. 6). Apesar destas alterações o discurso é fluente, apresentando hesitações. Pode haver dificuldade na escrita devido à anomia apresentada.

É associada a “lesões do lobo temporal” (Almeida in Sá, 2009 citado por Salgueiro, 2014, p. 46).

Evolução da afasia

Quanto a evolução da pessoa com afasia há diversos aspetos que colaboram para a mesma, existindo diversos fatores que podem ser cruciais. Esses fatores podem ser neurológicos, psicológicos e psicossociais.

A todos esses fatores, também se acrescenta a extensão da lesão, o comprometimento da linguagem verbal, seja em relação a produção ou em relação a compreensão.

Assim sendo, uma pessoa com afasia com alteração da produção verbal pode apresentar desde um comprometimento leve em que o seu discurso é marcado apenas por anomia – traço mais proeminente de um distúrbio afásico – até um comprometimento mais severo em que a pessoa perde a capacidade de emitir qualquer sinal linguístico. Alterações da compreensão abrangem tanto dificuldades em compreender frases complexas (por exemplo: frases passivas, frases que implicam relações espaciais, entre outras) e/ ou longas (no caso de comprometimentos leves) quanto em dificuldade em compreender qualquer sinal linguístico em caso de comprometimento mais severo.

A abordagem e técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde, são de extrema importância para que haja uma boa evolução, mas também é preciso o acompanhamento por técnicos especializado e com conhecimentos e métodos inovadores.

Existem vários métodos de reeducação da afasia, dos quais fazemos menção ao método didático, ao da estimulação, ao pragmático, ao neoclássico, e ao da neuropsicologia cognitiva (Caldas *et al*, 1995 citado por Menoita, 2012, p. 148).

Método didático

A linguagem é (re)educada com base nos métodos práticos fundamentados no senso comum, na intuição clínica e nos padrões tradicionais da educação, escrita e gramática, é também utilizado jogos educativos, jogos de sequência lógica e de associação de ideias, cadernos de exercícios para completar os textos, sintaxe, verbos, provérbios e expressões. Aos poucos de palavras isoladas, passa-se à construção de frases elaboradas pela própria pessoa.

Método da estimulação

A estimulação deve ser adequada, motivadora e facilitadora, no intuito da pessoa afásica redescobrir suas capacidades linguísticas que mantém incólume.

Método pragmático

Este método defende que o restabelecimento da linguagem deve focar em alternativas, criar possibilidades de comunicação, estratégias inovadoras que estimule a pessoa afásica a se expressar e a compreender as mensagens transmitidas.

Método Neo-Clássico

Esse método a pessoa utiliza das capacidades preservadas para aceder às competências linguísticas alteradas e inacessíveis. Destaca-se nesse método o da entoação melódica de Albert, presumindo que na pessoa com afasia o hemisfério direito se mantém intacto o que é responsável pela produção melódica. Sendo assim, a capacitação através de linguagem funcional desenvolve aptidões, associando melodia e ritmo e expressando-se através do canto, assim a pessoa afásica pode primeiro conseguir cantar depois discursar.

Método da Neuropsicologia Cognitiva

Centra-se no desempenho da pessoa com afasia em processar as informações e até mesmo perceber os seus problemas e realidades, facilitando a evolução através de delineamento de intervenções mais adequadas.

Repercussões gerais da afasia sobre a pessoa no pós-AVC

As afasias possuem um grande impacto na vida das pessoas e pessoas que os rodeiam, nomeadamente os seus familiares, pois interferem na capacidade comunicativa, na integração social, profissional, familiar e na qualidade de vida (Menoita, 2012 citado por Salgueiro, 2014, p.14).

As consequências da afasia incluem alterações nas relações interpessoais, podendo existir inclusive perda de amigos. Dependendo do tipo de emprego e dificuldades consequentes do AVC e da afasia pode ocorrer desemprego. Assim, pode existir alterações do nível financeiro previamente adquirido e possíveis dificuldades financeiras. Estas dificuldades dependerão do apoio e emprego dos outros membros da família. Caso a pessoa não tenha grande apoio a nível familiar e /ou de amizades pode

existir desamparo facilitando a ocorrência de graves dificuldades em satisfazer as necessidades básicas, manter a habitação e financiar reabilitação o que facilita a ocorrência de distúrbios psicológicos. As atividades de lazer praticadas anteriormente (dependendo, entre outros fatores, do nível de interação social requerida) podem também ser menos praticadas ou não ser praticadas de todo. Assim, a ocupação diária da pessoa pode ser gravemente afetada e a qualidade de vida diminuída.

A dinâmica familiar é também alterada, tendo impacto na pessoa e seus familiares próximos. Há necessidade de educação sobre a afasia e tipo de afasia presente bem como estratégias para lidar com estes novos obstáculos na comunicação. Estas alterações podem ter consequências a nível psicológico nas pessoas.

Portanto, a perda dos níveis de autonomia prévios e dificuldade em retomar as atividades da vida diária implicam maior nível de dependência e maior dificuldade na reabilitação, especialmente se a compreensão estiver alterada. Pode associar-se a “dificuldades na recuperação funcional e ao aumento no risco de mortalidade” (Terroni *et al.*, 2009; Menoita, 2012 citado por Ramos, 2014, p. 15).

1.3. Intervenção de enfermagem à pessoa na afasia pós-AVC

Após a pesquisa de várias teorias e modelos considerou-se importante abordar o modelo teórico de Jean Watson, visto ter sido o que mais foi ao encontro dos objetivos.

O modelo de Jean Watson é definido como *human care*, implicando um processo subjetivo, isto é, envolve dois sujeitos (enfermeiro e doente) com transições de indivíduo para indivíduo, que mutuamente se afetam e emergem no campo fenomenal do outro.

Segunda a sua perspetiva a preservação do cuidado humano é crucial para a enfermagem e para os atuais sistemas de saúde. A Enfermagem é a arte de cuidar, mas também uma profissão baseada em evidência científica, com propósito de melhor constituir a prestação de cuidado ao ser humano, de modo integral e holístico.

O exercício profissional de enfermagem vai para além de cuidados técnicos. A profissão de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (comunidade, família). Tanto o enfermeiro como as pessoas que são cuidadas, possuem quadros de valores, crenças e desejos. Assim no âmbito do seu exercício profissional, o Enfermeiro distingue-se não só

pela formação e experiência, mas também pelo respeito pelos outros, abstendo-se de juízos de valor relativamente a pessoa cuidada.

Segundo Watson (2002, p. 55) a teoria do cuidar “defende o conceito de caring, sendo o cuidar, o ideal moral da enfermagem, onde seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”.

É de extrema importância que o enfermeiro se sinta confiante e que tenha uma abordagem empática e centrada na pessoa cuidada e que esteja disponível, mas também receptivo a permitir que o próprio doente descubra e reconheça os seus recursos pessoais na resolução de problemas, de modo a não o substituir na sua resolução, mas sim orientá-lo e ajudá-lo na sua resolução dos mesmos, dentro das suas possibilidades.

O estabelecimento de uma relação terapêutica produtiva pode ser o início do sucesso de recuperação da pessoa. Para isso o enfermeiro deve adquirir atitudes e habilidades na arte da comunicação, para estabelecer uma relação de ajuda efetiva em que o doente se consiste em parte central e ativa na definição dos cuidados de enfermagem que considerar necessitar. Segundo Watson (2002, p. 129):

As intervenções de enfermagem (...) estão relacionadas com o processo de cuidar com a total participação do enfermeiro/ pessoa. O cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde atuais ou potenciais, conhecimento e compreensão das necessidades individuais (...) cuidar também requer ações facilitadoras, ou seja, ações que permitam que os outros resolvam os problemas, cresçam e transcendam o aqui e agora, ações que estão relacionadas com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas”.

O doente com afasia apresenta tristeza, frustração e muitas vezes desespero pela incapacidade de se expressar, desencadeando assim reações emocionais, prejudicando as relações com o meio que o cerca, dificultando assim a recuperação a longo prazo. Por isto, é de extrema importância a inclusão social e a reintegração da pessoa no seu meio. O enfermeiro tem um dever de resposta perante as necessidades que emergem inevitavelmente na pessoa acometida por afasia devido a AVC e deve por isso ser um mobilizador e otimizador dos recursos e capacidades que a pessoa tem para que seja garantido o equilíbrio integral das três esferas do ser – mente, corpo e espírito. Só deste modo, pode a pessoa, continuar a se desenvolver a conseguir expressar a sua potência existencial da forma mais plena possível no mundo.

As abordagens e estratégias de comunicação com a pessoa que apresenta afasia pós AVC

A abordagem ao doente com afasia que sofreu uma lesão cerebral deve começar com uma completa avaliação da fala e da linguagem. Uma boa resposta exige que se compreenda as capacidades do doente, em todas as modalidades de linguagem e quaisquer défices que sejam originados por fatores neurológicos, psicológicos e psicossociais.

A afasia pós AVC tem um grande impacto na qualidade de vida e na recuperação cognitiva e funcional. A reabilitação dos doentes afásicos é um processo longo e complexo. Assim, deve ser realizada uma avaliação rigorosa para melhor planear o tipo de abordagem e que tipo de técnica deve ser a mais adequada.

- Dentre as abordagens devem ser usadas técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal segundo Vilarinho (2016) como:
 - Encorajar a pessoa a falar;
 - Utilizar abordagem empática, dado que só assim a relação terapêutica pode ser positiva e consequentemente atingir um nível de recuperação mais satisfatório para o utente;
 - Dar tempo à pessoa para se expressar, repetir a mensagem transmitida em voz alta;
 - Não valorizar a pronúncia imperfeita;
 - Ignorar erros e profanidades proferidas pela pessoa;
 - Não interromper;
 - Aguardar pela resposta durante um período de tempo maior do que o habitual e encorajá-la a falar e criar código de comunicação se necessário;

- Técnicas que ajudem a pessoa a melhorar o discurso, nomeadamente:
 - Falar de frente para o utente, sendo esse um fator importante para a manutenção da atenção e da compreensão, uma vez que existe um favorecimento por meio das pistas de expressão orofaciais;
 - Incentivar a pessoa a expressar-se calma e claramente, dando exemplos se necessário;
 - Utilizar frases curtas, claras, diretas e gradativamente ir aumentando a sua extensão e complexidade;
 - Incentivar exercícios de linguagem que se referem a frases de vida quotidiana (por exemplo: boa noite, obrigada, até logo);

- Enquadramentos de objetos (relógios e sua roupa);
 - Apelar a recursos de fotografias recentes de familiares e amigos;
 - Explicar as palavras que não são claramente perceptíveis;
 - Sugerir que fale com calma e pausadamente;
 - Incentivar a escrever a mensagem ou fazer um desenho caso a comunicação oral não seja possível;
- Fatores que promove a compreensão, como:
 - Usar a repetição e redundância como fator facilitador, principalmente no caso de lesão no hemisfério esquerdo, onde a compreensão é afetada.
 - Avaliar a acuidade auditiva;
 - Verificar a acuidade visual, se necessário encorajar o uso de óculos;
 - Dirigir-se à pessoa apenas quando esta está disposta a escutar;
 - Usar sinais de alerta, no sentido de redirecionar a sua atenção;
 - Atividades neuro – estimuladoras, com uso do contato visual;
 - Proporcionar ambiente calmo e com luz suficiente;
 - No momento de comunicar com o doente, preparar o ambiente como: reduzir os ruídos de fundo e a presença de estímulos competitivo;
- Modificar o discurso, como por exemplo:
 - Fazer uma pergunta de cada vez e aguardar pela resposta, durante um período de tempo superior ao habitual, calmamente;
 - Dar uma informação de cada vez;
 - Não aumentar o tom de voz;
 - Usar uma linguagem própria de adultos;
 - Reduzir a velocidade da fala, para que de tempo do doente processar toda mensagem transmitida;
 - Demonstrar um comportamento não verbal compatível com o verbal;
- Reconhecer a frustrações de cada pessoa, através de:
 - Manter uma atitude positiva;
 - Tranquilizar a pessoa a usar o toque se possível;
 - Permitir que chore, caso seja benéfico;

- Promover a autonomia de forma que o doente participe no processo de tomada de decisões relativamente a cerca do seu auto- cuidados e a tudo que o possa envolver;
- Motivar o doente, fazendo com que revele competências ao nível comunicacional utilizando de estratégias compensatórias;
- Permitir formas alternativas de expressão: cantar, andar, pintar, desenhar;
- Estimular para que não se isole ou que evite comunicar por causa das suas dificuldades;
- Orientar os familiares para as formas de comunicação, explicando-lhes o motivo das reações da pessoa para com eles e os benefícios do treino, bem como a necessidade de acompanhamento por um técnico especializado (logo que possível).

2. Metodologia: Descrição dos procedimentos adotados

2.1 Estratégia de pesquisa

A elaboração deste trabalho segue organizado de forma sistematizada com exatidão e veracidade, obedecendo a um conjunto de normas que permite selecionar e articular toda informação utilizada. Realizámos o presente trabalho com base na proposta de Joanna Briggs Institute (2015) quanto à elaboração de *scoping reviews* e diagrama PRISMA 2020 (*for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*) para realizar a escolha dos artigos incluídos no trabalho. Esta escolha decorre da possibilidade de podermos efetuar uma apreciação abrangente da literatura sem a exigência de termos e conta o nível de qualidade da literatura produzida, o que coaduna com o nível elementar de perícias requeridas para o investigador. Além do mais também é uma metodologia mais acessível e exequível face ao tempo que temos para concretizar.

2.2 Questão de investigação

Para melhor dar seguimento à investigação é pertinente a elaboração da questão de investigação para orientar o trabalho a ser realizado. Sendo assim foi com as palavras-chaves, população alvo, conceitos e conceito, que elaboramos a seguinte questão: **Quais os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC?**

Seguidamente definimos critérios de inclusão para orientar a pesquisa a realizar.

2.3 Critérios de inclusão

- População: Pessoas adultas com idade compreendidas com 18 ou mais anos;
- Conceito 1: Efeitos psicológicos;
- Conceito 2: Afasia;
- Tipos de estudos: estudos qualitativos e quantitativos e mistos. Excluem-se artigos de opinião;
- Língua: estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa;

- Data de publicação: estudos publicados entre 1 de janeiro de 2011 e 30 de junho de 2021.

2.4 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi realizada com base na proposta do Joanna Briggs Institute (2015) e foi constituída por duas fases. A primeira fase consistiu na determinação dos termos adequados para a formulação da equação booleana. A 22 de Abril de 2021 fez-se uma primeira pesquisa nas bases de dados PubMed com os termos de busca iniciais: Stroke patients AND aphasia AND psychological Effect. Seguidamente, analisámos as palavras contidas no título, resumo dos artigos encontrados e palavras-chave utilizadas para descrever os artigos, tendo conseguido encontrar mais termos relevantes. Estes termos serviram para conseguirmos realizar uma pesquisa mais abrangente e encontrar o maior número de estudos relevantes. A segunda etapa foi realizada na base de dados Pubmed através da pesquisa individual de cada um dos termos previamente identificados, sendo depois combinados através de operadores booleanos “OR” e “AND” formando assim uma equação booleana. Elaborámos uma tabela para estruturar a equação booleana realizada (apêndice 1).

Para delimitar a pesquisa, aplicámos os seguintes filtros:

- Data de publicação - de 1 de janeiro de 2011 a 30 de junho de 2020;
- Idioma - português e inglês.

Tabela 3– Termos utilizados na segunda fase de pesquisa da literatura

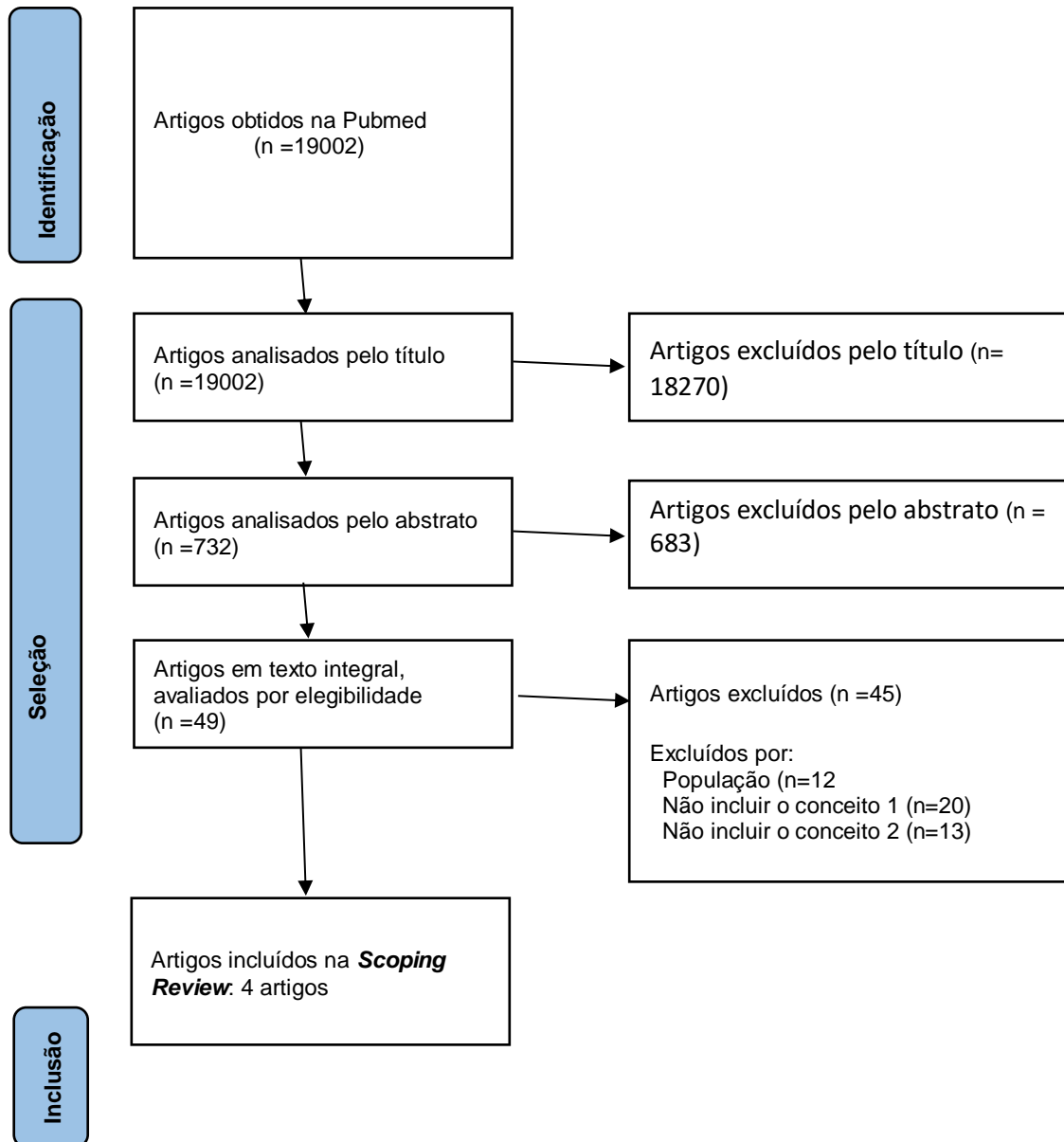
População	Conceito 1	Conceito 2
Stroke patients	Post-stroke aphasia	Psychological effect*
Stroke survivors	Aphasic syndromes	Psychological distress
	Aphasia	Psychological disorders
		Psychological reactions

		Psychological functioning
		Psychological outcome
		Psychological concomitants
		Psychological changes
		Psychological morbidity
		Psychological well-being
		Psychosological difficulties
		Psychopathological
		Post-stroke depression
		Depression
		Anxiety
		Stress
		Depressive symptoms
		Psychosis

Desta pesquisa resultou um total de 19002 artigos na PubMed sendo posteriormente analisados e sujeitos às etapas de seleção, elegibilidade e inclusão propostos pelo PRISMA.

Após a remoção de 18270 artigos excluídos pelo título e 683 artigos removidos pelo abstrato permaneceram 49 artigos. Após a leitura do texto integral dos 49 artigos foram excluídos 45 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão, 12 artigos excluídos pela população não corresponder aos critérios de inclusão, 20 artigos pelo conceito 1 não corresponder aos critérios de inclusão, 12 artigos pelo conceito 2 não corresponder aos critérios de inclusão e 1 pelos artigos usados para o realizar não corresponderem ao pretendido. Após a realização destas etapas incluímos neste trabalho e analisámos 4 artigos.

Figura 1 – Diagrama PRISMA 2020 flow (for new systematic reviews which included searches of databases and registers only). Acessado em: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>.



2.5 Extração e apresentação de resultados

Foi realizada a leitura integral dos artigos previamente escolhidos e identificados os resultados. Seguidamente realizámos uma tabela com o autor/ano/país, objetivos, população, metodologia/métodos e principais resultados dos artigos definidos seguidamente apresentada.

Tabela 4 – Resultados extraídos de artigos incluídos na revisão *scoping*

Autor/ Ano/ País	Objetivos	População	Metodologia/ Métodos	Principais Resultados
---------------------	-----------	-----------	-------------------------	--------------------------

<p>Morris, Eccles, Ryan & Kneebone /2017/ Austrália</p>	<p>Explorar as dificuldades emocionais autorreferidas em utentes com AVC com e sem afasia 1 ano após o AVC; Investigar a relação entre a gravidade da afasia e os sintomas autorreferidos de depressão e ansiedade pós-AVC; Descobrir se utentes com afasia relataram mais sintomas de ansiedade e depressão do que utentes sem afasia.</p>	<p>Pessoas com afasia após AVC. O número de pessoas afetadas não está claro.</p>	<p>Estudo Misto (1º fase: quantitativo) - Estudo exploratório sequencial de métodos mistos. Avaliação comportamental e resultados através das escalas: Escala de ansiedade (BOA). Escala de ansiedade hospitalar modificada/ escala de Depressão - subescala de ansiedade (HADS-A). Escala modificada de Transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) para determinar a presença de ansiedade em pessoas com afasia após AVC.</p>	<p>Resultados: O BOA identificou 49 pessoas (44%) como tendo ansiedade significativa. Resultado para o HADS-A = 46 (41%) Para o GAD-7, a taxa foi substancialmente inferior = 18 (16%). Pontuações do teste de gravidade da afasia (apenas BOA e HADS-A).</p>
<p>Jackson /2013/ Estados Unidos da América</p>	<p>Examinar o <i>stress</i> emocional em pessoas após o primeiro AVC com afasia no</p>	<p>Pessoas adultas com afasia pós-AVC (n=16) e</p>	<p>Estudo transversal descritivo com uso de amostragem não probabilística. Os participantes foram recrutados em</p>	<p>68,8% dos participantes relataram ansiedade, 100% relataram apatia e 43,8%</p>

	período pós-AVC.	seus cuidadores.	hospitais de reabilitação, na comunidade e num banco de dados de AVC. Foi realizada avaliação através de escalas, afasia, fisiologia, sociologia e aspetos neuropsicológicos da recuperação do AVC foram administrados em uma entrevista de 2 horas.	relataram depressão. 66,8 % dos participantes apresentam ansiedade e apatia e 66,7% relataram depressão e apatia. O estresse emocional é generalizado em sobreviventes de AVC com afasia.
Zanella /2020/ Estados Unidos da América	Investigar a incidência de depressão pós-AVC em adultos com afasia e comparar com a incidência de depressão pós-AVC sem afasia em um ambiente de cuidados agudos, e identificar fatores de risco para depressão pós-AVC em	Pessoas adultas pós-AVC (n=970). Pessoas com afasia (n=407) e sem afasia (n=563).	Foram obtidos dados sobre as pontuações de afasia com a escala National Institute of Health's Stroke Scale, tendo posteriormente sido realizada o uso da escala Patient Health Questionnaire-9 e escala de Likert para determinar o <i>score</i> de depressão. Foram comparados os scores entre pessoas com e sem afasia.	Os resultados indicaram que adultos com afasia apresentam 7,408 vezes mais probabilidade de exibir depressão pós-AVC do que adultos sem afasia. Existiu relação significativa entre gravidade da afasia e depressão pós-

	adultos com afasia.			AVC. A cada aumento de 1 ponto na gravidade da afasia existiu 2,06 vezes mais probabilidade de experimentar depressão pós-AVC.
Doli, Helland & Andersen /2017/ Noruega	Investigar dificuldades emocionais autorreferidas em pacientes com AVC crónico com e sem afasia 1 ano após o AVC. Investigar a relação entre a gravidade da afasia e os sintomas autorrelatados de depressão e ansiedade pós-AVC. Descobrir que se doentes com afasia relataram mais sintomas de	Doentes afásicos 1 ano pós AVC em ambiente hospitalar (n=114).	Estudo misto - Método exploratório com avaliação de escalas. A avaliação (NBAA) foi usada para avaliar a gravidade da afasia. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) Escala de impacto de acidente vascular cerebral (SIS) escala de impacto de acidente vascular cerebral Escala de Rankin modificada (mRS) e o Exame do Estado Mental (MMSE)	Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação aos sintomas autorreferidos de ansiedade e depressão. Existiu correlação significativa entre a gravidade da afasia e os sintomas de depressão, indicando que os pacientes com mais dificuldades afásicas relataram mais

	<p>ansiedade e depressão do que doentes sem afasia.</p> <p>Descobrir se a gravidade da afasia estava associada a sintomas autorrelatados de ansiedade e depressão.</p>			<p>sintomas de depressão.</p> <p>O grupo com afasia teve mais dificuldades de comunicação e um nível mais baixo de funcionamento cognitivo 1 ano após o AVC.</p> <p>Finalmente, os grupos não diferiram quanto ao nível funcional.</p>
--	--	--	--	--

Após a realização das tabelas de extração de resultados analisámos e realizámos uma síntese dos resultados encontrados nestes artigos. Assim, iremos descrever os efeitos psicológicos encontrados.

3. Resultados

Os quatro artigos incluídos no presente trabalho são estudos primários quantitativos. A data de publicação dos artigos encontra-se entre 2013 e 2020. Os países em que foram realizados são a Austrália, Estados Unidos da América e Noruega.

Tabela 5 - Ano de Publicação e Local da Realização dos Estudos Incluídos na Revisão

Autores	Ano de Publicação	Local de Realização do Estudo	Número de participantes
Morris, Eccles, Ryan & Kneebone	2017	Austrália	111
Jackson	2013	Estados Unidos da América	16
Zanella	2020	Estados Unidos da América	970
Doli, Wenche & Helland	2017	Noruega	112

Ansiedade

No estudo de Morris, Eccles, Ryan & Kneebone (2017) foram realizadas avaliações com as escalas Behavioural Outcomes of Anxiety (BOA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) e General Anxiety Disorder-7 (GAD-7). A prevalência de ansiedade nas pessoas com afasia pós- AVC é de 44 % (49 pessoas) como avaliado através da escala BOA e 41% (46 pessoas) como avaliado pela escala HADS-A.

A General Anxiety Disorder-7 apresentou resultados mais baixos do que nas restantes escalas apenas apresentando ansiedade significativa em 16 % da amostra comparativamente com 44 % na escala BOA e 16% na GAD-7. Este resultado pode resultar segundo os autores por a escala não ter sido sujeita a avaliação em pessoas com AVC, podendo não ser apropriada para uso na população escolhida sendo que é necessário para instrumentos que avaliam a ansiedade pós- AVC um limite inferior. Além disso, deve-se notar que uma pontuação > 5 no GAD-7 é considerada indicativa de

“sintomas leves” de ansiedade nesta medida. Nessa medida, as taxas de prevalência seriam semelhantes às identificadas pelo BOA e pela HADS-A.

O nível de afasia (avaliado através da *Frenchay aphasia screening test*) foi modestamente correlacionado com a ansiedade na escala BOA e HADS-A.

Existiu associação entre ansiedade e idade mais jovem (Morris, Eccles, Ryan & Kneebone, 2017).

No estudo de Jackson (2013) a ansiedade e a depressão foram avaliadas através da escala Hospital Anxiety and Depression Scale. A quantidade de participantes com ansiedade foi 11 correspondendo a 68.8%.

Este estudo de pesquisa utilizou uma bateria de testes de avaliação da gravidade do AVC, exame do status neuropsicológico, cognição, fala e fatores sociais associados ao sofrimento emocional.

Não existiu relação significativa entre ansiedade e idade, etnia (negro *versus* não negro), sexo, *status* de relacionamento, alojamento, status socioeconómico, isolamento social, diabetes *mellitus*, hipertensão, hiperlipidemia, aumento da gravidade do AVC, local da lesão, cognição, status neuropsicológico e nível de funcionalidade. Dos participantes que relataram ansiedade a maioria eram não negros, do sexo masculino e apresentavam menos de 58 anos de idade.

No estudo de Doli, Helland & Anderson (2017) os 112 utentes foram avaliados com a escala Norwegian Basic Aphasia Assessment (NBAA) tendo sido obtido dois grupos, um de doentes com afasia pós AVC (18 utentes), outro com doentes sem afasia pós AVC (94 utentes). Os utentes foram avaliados com a Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) para avaliar a presença de depressão e ansiedade. Os utentes com afasia pós-AVC não apresentaram resultados significantes quanto a presença de ansiedade. Os resultados não mostraram diferenças significativas nas pontuações HADS entre os utentes no grupo com afasia e o grupo que não apresentava afasia.

A relação entre a gravidade da afasia e os sintomas de depressão e ansiedade foi avaliada pela NBAA e HADS por 3 vezes (na admissão ao hospital, após 3 meses e após 12 meses). Não houve correlações significativas entre a gravidade da afasia dos utentes e ansiedade.

Depressão

No estudo de Jackson (2013) depressão foi também avaliada através do preenchimento da Stroke Community Aphasia and Depression Questionnaire - 10 (SCADQ-10) preenchida pelo cuidador principal. Através da escala HADS foram identificados 7 participantes com depressão (43,8%). Através da Através da SCADQ-10 foi rastreado um participante com depressão (6,3%).

Não existiu relação significativa entre depressão e idade ou sexo. Existiu relação entre etnia e depressão. Não ser negro e depressão foram significativamente associados. Dos participantes com depressão estes eram não negros, do sexo masculino e com menos de 58 anos de idade. Apenas 1 participante apresentou depressão de acordo com a escala CSADQ-10. Não existiu relação significativa com status de relacionamento, status socioeconômico, condições de habitação e isolamento social nem com diabetes *mellitus*, hipertensão e hiperlipidemia. Não existiu relação entre gravidade do AVC, topografia da lesão, cognição, status neuropsicológico e capacidade funcional e depressão.

No estudo de Zanella (2020) foram incluídos utentes com e sem afasia, num total de 970 pessoas. Para realizar a avaliação da afasia e sua gravidade foi utilizada a escala NIHSS. Após esta avaliação foram identificadas que 406 pessoas afásicas (43,3%). Destas 188 apresentavam afasia global, 107 apresentavam afasia grave e 111 afasia moderada. Os doentes não afásicos incluídos neste estudo foram 564 (5,8%). Foi realizada avaliação de depressão através da escala Patient Health Questionnaire-2. A incidência de depressão pós AVC em adultos com afasia foi de 22%, ou seja, 176 pessoas. A incidência de depressão pós AVC em adultos sem afasia foi de 5,8%. Determinou que a probabilidade de adultos com afasia experimentar depressão pós AVC são de 7,408 vezes maior que em adultos sem afasia. Não existiu nenhuma correlação significativa entre género, raça e desenvolvimento de depressão pós AVC. No entanto, existiu relação significativa entre a gravidade da afasia e depressão pós AVC. A cada aumento de um ponto na da gravidade da afasia correspondeu uma maior predisposição para o desenvolvimento de depressão pós AVC. Assim segundo a autora, os resultados foram sugestivos de que a incidência de depressão em pessoas com afasia pós AVC é muito maior do que das pessoas que não apresentam afasia pós AVC, evidenciando assim, que a presença de afasia é considerada um fator de risco e que a gravidade é proporcional ao risco.

No estudo de Doli, Helland & Anderson (2017) os utentes com afasia pós-AVC não apresentaram resultados significantes quanto a presença de depressão. Os resultados não mostraram diferenças significativas nas pontuações HADS entre os utentes no grupo com afasia e o grupo que não apresentava afasia. No entanto, o grupo de utentes com afasia teve pontuações médias ligeiramente mais altas no score de depressão de HADS do que o grupo sem afasia. Assim, indicou que os utentes com afasia relataram mais sintomas de depressão do que o grupo sem afasia, embora as diferenças não tenham sido significativas.

A relação entre a gravidade da afasia e os sintomas de depressão e ansiedade foi avaliada pela NBAA e HADS por 3 vezes (na admissão ao hospital, após 3 meses e após 12 meses). Existiu relação entre a gravidade da afasia e depressão, apresentando os utentes mais sintomas de depressão com mais sintomas afásicos após 12 meses. Houve também uma correlação significativa entre afasia e a sua gravidade e os menores scores de funcionamento cognitivo, conforme medido pelo MMSE em 12 meses.

Apatia

No estudo de Jackson (2013) a determinação da presença de apatia foi realizada através da escala Apathy Evaluation Scale-10 modificada (AES-10). A presença de apatia foi determinada em 13 participantes (devido a terem sido perdidos dados de 3 participantes, esta correspondeu a 100 % dos participantes avaliados), sendo 10 destes apatia elevada (76,9 % dos participantes). A maioria dos participantes apresentou mais de um distúrbio emocional. A presença de associação de ansiedade e apatia elevada foi encontrada em 6 participantes (68 %) e a associação entre depressão e apatia elevada foi encontrada em 4 participantes (66.7 %).

Apesar de não ter sido apresentada relação significativa entre idade, etnia e sexo com apatia existiram scores maiores em participantes negros, do sexo feminino e com menos de 58 anos. Não existiu relação significativa entre status de relacionamento, condições de alojamento, status socioeconómico e isolamento social e apatia. No entanto, maior rendimento anual, viver com outras pessoas e não apresentar isolamento social apresentaram maiores scores. Não existiu relação significativa entre apatia e diabetes mellitus, hipertensão, hiperlipidemia. Não existiu relação significativa entre a gravidade do AVC, topografia da lesão, estado neuropsicológico cognitivo e capacidade funcional.

Apesar de não ter sido encontrada uma relação entre estas variáveis o aumento da gravidade do AVC, pontuação neuropsicológica total abaixo da média e nenhum déficit cognitivo foram consistentes para aumento da apatia.

4. Discussão

Neste capítulo de discussão de resultados iremos comparar os resultados obtidos com os objetivos definidos, a literatura e os conhecimentos que temos sobre este tema e identificar limitações do presente estudo.

O objetivo do presente estudo visou identificar na literatura os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC e descrever e sintetizar os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC. No geral efeitos psicológicos identificados nos estudos abordados incidiram na ansiedade, na depressão e na apatia.

Por vezes a pessoa com comprometimento da linguagem, podendo comprometer áreas como a fala espontânea, a compreensão, a leitura a escrita potencia um desgaste emocional, sente um grande impacto na sua vida. Por isso é de extrema relevância o conhecimento sobre essa temática.

Dos 3 estudos que abordaram a ansiedade, apenas em um não existiu relação entre a ansiedade e pessoas com afasia pós-AVC, sendo este o de Doli, Helland & Anderson (2017). No estudo de Morris, Eccles, Ryan & Kneebone (2017) e Jackson (2013) a percentagem de participantes com ansiedade foi de 41 a 44% nas duas escalas usadas (46- 49 pessoas) e 68,8% (11 pessoas) respetivamente. O que corresponde a 57- 60 pessoas de 145 pessoas no total com afasia pós-AVC avaliadas sobre a presença de ansiedade (39,3 - 41,3% dos participantes). Existiu no estudo de Morris, Eccles, Ryan & Kneebone (2017) associação entre a presença de ansiedade nestas pessoas e idade mais jovem, o que não existiu no estudo de Jackson (2013).

Quanto à depressão no estudo realizado por Doli, Helland & Anderson (2017) não foi identificada relação entre afasia pós- AVC e depressão, apesar de o grupo de utentes com afasia ter obtido pontuações médias ligeiramente mais altas no score de depressão de HADS do que o grupo sem afasia.

No estudo de Jackson (2013) 43,8% dos participantes apresentaram depressão (7 participantes) e no estudo de Zanella (2020) 22% dos participantes apresentaram depressão (176 pessoas). Assim, 183 das 441 pessoas com afasia pós- AVC avaliadas sobre a presença de depressão apresentaram depressão (41,4 %). No estudo de Zanella

(2020) foi determinada que existia 7,408 vezes maior probabilidade de pessoas com afasia pós-AVC apresentarem depressão.

Existiu relação significativa entre a gravidade da afasia e depressão pós-AVC no estudo realizado por Zanella (2020), sendo que a cada aumento de um ponto na gravidade da afasia foi verificada uma maior predisposição para o desenvolvimento de depressão pós AVC. Assim a gravidade da afasia é proporcional ao risco de desenvolver depressão pós AVC. No estudo de Doli, Helland & Anderson (2017) existiu relação entre a gravidade da afasia e depressão, apresentando os utentes mais sintomas de depressão quando apresentavam mais sintomas afásicos.

Assim, a gravidade da afasia segundo os estudos de Morris, Eccles, Ryan & Kneebone (2017), Zanella (2020) e Doli, Helland & Anderson (2017) foi relacionada com a presença de ansiedade e depressão, respetivamente.

No que concerne à apatia esta foi abordada apenas no estudo de Jackson (2013). Neste estudo verificou-se a presença de afasia em 13 participantes (100% dos participantes). Destes, 10 apresentavam apatia elevada (76,9 % dos participantes). Foi encontrada associação entre ansiedade e apatia elevada em 6 participantes (68 %) e entre depressão e apatia elevada em 4 participantes (66.7 %).

Comparando a literatura existente com os resultados obtidos inúmeros investigadores identificaram maior propensão de desenvolver depressão em utentes com afasia em comparação com utentes sem afasia (Starkstein & Robinson, 1988; Kauhanen *et al.*, 1999; Shehata *et al.*, 2015 citado por Doli, Helland & Anderson, 2017, p. 6). Estes resultados estão em concordância com a maioria dos nossos resultados dado que apenas no estudo de Doli, Helland & Anderson (2017) não foi identificada relação entre afasia pós-AVC e depressão mas existiu maiores pontuações no score de depressão de HADS dos participantes com afasia e no estudo de Jackson (2013) e no estudo de Zanella (2020) existiu relação significativa entre as mesmas.

Segundo Salter *et. al* (2013) citado por Fernandes (2016, p. 33) o período de média duração da depressão, pode ser considerado um período de transição onde o doente está ainda a realizar a adaptação às consequências do AVC e, concomitantemente, a tomar consciência das dificuldades associadas à sua nova condição. Consequentemente, o aumento da incidência da depressão e da ansiedade poderá ser um reflexo destas dificuldades.

Em outros estudos exploratórios, alguns autores (Hassler & Krakau, 2007) citados por Fernandes (2016, p. 33) defendem que a probabilidade de desenvolver depressão pós-AVC está relacionada a fatores de risco específicos, fatores esses biológicos, psicológicos e psicossociais. Ainda ressaltam que a identificação é ainda mais desafiante pois nem sempre são relatados de forma consistente e muitas vezes a prevalência e a incidência raramente são abordadas na literatura.

Os fatores avaliados no presente estudo segundo Jackson (2013) foram a idade, etnia, sexo, topografia da lesão, cognição, *status* neuropsicológico, capacidade funcional, depressão, *status* de relacionamento, *status* socioeconómico, condições de habitação e isolamento social. Apenas existiu relação significativa entre depressão e etnia não negra. Segundo Doli, Helland & Anderson (2017) houve também uma correlação significativa entre menores *scores* de funcionamento cognitivo e depressão.

A afasia prejudica muito a qualidade de vida das pessoas e familiares envolvidos, o desgaste emocional e os sintomas depressivos podem ocorrer devido às alterações no estilo de vida e as dificuldades nas adaptações saúde e doença, até mesmo a falta de conhecimento em relação as sequelas físicas e cognitivas do AVC, faz com que a pessoa experimente os mais variados sintomas emocionais. A “incapacidade de comunicação com a família e com os meios sociais e o afastamento das funções do dia-a-dia no trabalho, lazer, tudo acaba impactando de forma negativa trazendo consequências, desde a falta de interesse, isolamento social e baixa autoestima, tudo isso torna se o gatilho para desenvolvimento da depressão pós AVC” (Silva, 2000; Ribeiro, 2006 citado por Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, p.145). Sendo a linguagem afetada e não se podendo beneficiar dela na interação social e participação é consequente o desenvolvimento de frustração, falta de esperança, evitamento a situações que envolvem comunicação, ansiedade, depressão e apatia.

O nosso objetivo era identificar na literatura os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com status pós-AVC e descrever e sintetizar os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com status pós-AVC pelo que consideramos que a investigação científica ainda fica aquém do necessário para identificar de forma completa os efeitos psicológicos existentes nesta população.

No entanto consideramos que estes quatro artigos identificam os principais efeitos psicológicos do AVC, identificando como frequente e relevante a presença de ansiedade,

depressão e apatia. Assim, os enfermeiros conhecendo os principais efeitos psicológicos podem estar atentos a estes e adequar a sua intervenção no planeamento de cuidados.

As limitações que este estudo apresenta são: dificuldade na obtenção de mais bibliografia atualizada relacionada a dificuldades na pesquisa e capacidade financeira reduzida, o reduzido número de participantes num dos estudos (16 participantes) e restrições de tempo. Estes aspetos poderão ser melhorados em futuros trabalhos científicos realizados na continuação da nossa formação após a licenciatura.

Consideramos que seria uma mais valia que se investisse mais investigação dos efeitos psicológicos da afasia na pessoa com status pós-AVC para aumentar o conhecimento e atenção dos profissionais para os mesmos e realizar-se intervenções de forma precoce, melhorando o *outcome* psicológico dos utentes.

Conclusão

Investigar é “um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento” (AnderEgg, 1978, citado por Marconi & Lakatos, 2003). Assim, é de extrema importância numa profissão como a enfermagem em que a atualização constante de conhecimentos é necessária para a prestação de cuidados de qualidade.

A existência de informação e conhecimento sobre os efeitos psicológicos da afasia na pessoa com *status* pós-AVC é uma mais-valia dado que o AVC é uma patologia frequente e sendo a afasia uma consequência do mesmo que causa alterações da comunicação e consequentemente em várias áreas da vida das pessoas afeta o bem-estar psicológico das pessoas. Assim, existe necessidade de proporcionar um maior entendimento sobre as consequências psicológicas que as pessoas podem apresentar.

Os efeitos psicológicos mais frequentemente relatados na literatura foram a ansiedade, a depressão e a apatia. Assim, é necessário na prestação de cuidados a utentes com estas patologias estar atento à presença de sinais dos mesmos.

A gravidade da afasia foi associada à existência de ansiedade e depressão nos utentes, segundo Morris, Eccles, Ryan & Kneebone (2017), Zanella (2020) e Doli, Helland & Anderson (2017). Dado que existe maior alteração da capacidade de comunicação e alteração da vida da pessoa conforme existe maior gravidade da afasia este dado confirma o impacto que a afasia apresenta no bem-estar psicológico destas pessoas.

Durante a realização do presente trabalho as dificuldades sentidas foram baseadas na pouca experiência e conhecimentos que apresentávamos sobre a realização de trabalhos científicos e o tempo que dispusemos para o realizar. Estas limitações foram ultrapassadas devido à orientação da Professora Margarida que nos ajudou em todos os passos da realização do mesmo, com muita paciência e disponibilidade, o que só temos a agradecer.

A realização da presente monografia foi benéfica para a nossa formação enquanto futuras profissionais, bem como enquanto pessoas. Na realização da mesma para além da obtenção de conhecimentos, conseguimos realizar considerável reflexão ao nos tentarmos

colocar no lugar da pessoa com afasia pós-AVC e tentar perceber as alterações causadas na vida desta.

Bibliografia

Babiak, M.C & Gorno-Tempini, M. L. (2014). Aphasia Overview. In Amoniff, M. J. & Daroff, R. B. (Eds). *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. 2^a ed. (pp. 34-78). Oxford: Academic Press;

Borges, S. P. (2013). *Factores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós AVC: estudo comparativo* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCIPV;

Damásio, A.R. (1973). *Neurologia da linguagem*. Disponível https://www.academia.edu/9097000/BAAL_folha_registro;

Døli, H., Helland, T. & Helland, W. (2017). Self-reported symptoms of anxiety and depression in chronic stroke patients with and without aphasia. *Aphasiology*, 31 (12), 1392-1409. DOI: 10.1080/02687038.2017.1280595;

Dronkers, N., & Baldo, J. V. (2010). Language: Aphasia. In *Encyclopedia of Neuroscience* (pp. 343-348). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-008045046-9.01876-3>;

Enderby, P. M., Wood, V. A., Wade, D. T. & Hewer, R. L. (1986). The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for nonspecialists. *International Rehabilitation Medicine*, 8, 166- 170. DOI:10.3109/03790798709166209;

Faria, A.C. (2014). *A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP;

Fernandes, N. T. (2016). *Aterações Emocionais no AVC Isquêmico em Diferentes Periodos de Evolução*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em Sapiencia.ualg;

Fontoura, D. R. (2012). *Afasia de Expressão: Avaliação Neuropsicolinguística e Intervenção com Enfoque na Musicalidade*. Tese de Doutoramento, orientada por Prof^a Dr^a Ana Maria Monção Fernandes. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa;

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Causas de Morte*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=399595771&DESTAQUESmodo=2;

Jackson, M. C. (2013). Anxiety, Apathy and Depression in First-Time Stroke Survivors with Aphasia in the Post-Stroke Period. Tese de Doutoramento, orientada por Prof^a Dr^a Sue Ann Thomas Monção Fernandes. University of Maryland School of Nursing, Maryland.

Keawalin, J., Tatree, B. & Thanakamon, L. (2020). Patient awareness on stroke fast track in primary care center. *GSC Advanced Research and Reviews*, 02(03), 18–27. DOI: <https://doi.org/10.30574/gscarr.2020.2.3.0017>;

Knopman, D. S. (2011). Regional Cerebral Dysfunction: Higher Mental Functions. In Goldman's Cecil Medicine: Twenty Fourth Edition (Vol. 2, pp. 2270-2274). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1604-7.00408-5>;

Leal, G. & Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2005(21), 359-64. Disponível em <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10154>;

Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5^a ed). São Paulo: Atlas.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12 (2), 62-66. Acedido a 16/04/2021. Disponível <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23998>;

Martins, J. F. G. (2011). *Conhecimento leigo de sinais e sintomas precedentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico*. (Monografia). Disponível bdigital.ufp;

Melo, M. M. S. C. (2015). *Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados no distrito de Braga*. Tese de doutoramento, orientada por Prof^a Dr^a Beatriz Rodrigues Araújo e Prof. Dr^o João Manuel da Costa Amado. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. (2^a ed.). Loures: Lusociência;

Mineiro, A., Caldas, A.C., Rodrigues, I. & Leal, G. (2008). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 135-146. Disponível [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7342/1/CS_Vol1N2\(2\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7342/1/CS_Vol1N2(2).pdf);

Morgado, J. A. A. R. (2017). *Incapacidade Funcional dos doentes com diagnóstico de AVC* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCIPV;

Morris, R., Jones, J., Wilcox, J. & Cole, S. (2012). *Depression and anxiety screening after stroke: adherence to guidelines and future directions. Disability and Rehabilitation, 34(9), 733–739. DOI:10.3109/09638288.2011.619623;*

Purdy, M.H. (2016). *Encyclopedia of Mental Health*. (2^a ed). Oxford: Academic Press;

Ramos, A. L. B. (2014). *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à Pessoa com AVC em situação de Afasia* (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP;

Ribeiro, T. J. F. (2017). *Riso e Choro Patológico no pós-AVC: uma revisão da prevalência e do impacto na qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório.ul;

Salgueiro, J. P. L. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP;

Santos, D. P. (2017). *Influência dos sintomas de depressão nas funções neuropsicológicas após acidente vascular cerebral*. (Monografia). Disponível <https://pdfs.semanticscholar.org/aa27/22f1a694a476c3ece40271a5fdf26a64fe57.pdf>;

Santos, J. D. (2013). *A capacidade de evocação verbal em pessoas com afasia: estudo comparativo sobre a produção de nomes e verbos em três contextos de produção verbal*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório.ucp;

Santos, L. A. B., Lima, J. M. M., Garcia, F., M. G., Monteiro, F. T., Silva, N. M. P., Silva, J. C. V., et al, (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. (2^a ed). Lisboa: CIDIUM.

Silva, M. J. M. (2018). *A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia* (Monografia). Disponível no RIUFP;

Stewart, C. & Riedel, K. (2015). *Stroke rehabilitation: A function-based approach* (4^a ed.). Missouri: Mosby Elsevier;

Swanberg, M., Nasreddine, Z. C. Mendez, M.F & Cummings, J. L. (2007). *Textbook of Clinical Neurology*. (3^a ed). Chicago: Saunders;

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., et al, (2018). *Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa*. Acta Médica Portuguesa, 31(5), 265–271. DOI:10.20344/amp.9090;

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. Austrália do Sul: The Joanna Briggs Institute.

Tippett, D. C. & Hillis A. E. (2016). *Neurobiology of Language*. 2016 Elsevier Inc. 913-922. DOI: 10.1016/b978-0-12-407794-2.00073-0;

Vilarinho, C., (2016). *Afasia no Doente com AVC*. II Seminário Internacional de Atualidades em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu;

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem* (2º ed.). Loures: Lusociência.

Whitaker, H.A. (2007). Language Disorders: Aphasia. In: Birren, J. (Ed.). *Encyclopedia of Gerontology*. 2º ed. (pp. 321-327). Elsevier: Amsterdão;

World Stroke Organization. (2020). *Global Stroke Fact Sheet 2019*. Suíça: Kenes International;

Zanella, C. (2020). *The Incidence of Post-stroke Depression in Adults with Aphasia in an Acute Care Setting*. Tese de Doutorado, orientada por Profª Drª Jacqueline Laures Gore. Georgia State University, Georgia.

APÊNDICES

APÊNDICE I

PESQUISA REALIZADA NO MÊS DE ABRIL NA BASE DE DADOS PUBMED

Search ID#	Search terms	Results
#27	# 24 AND #25 AND #26	19002
#26	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23	2930763
#25	#3 OR #4 OR #5	19002
#24	#1 OR #2	221502
#23	Psychosis	88471
#22	Depressive symptoms	449146
#21	Stress	1078197
#20	Anxiety	266817
#19	Depression	543948
#18	Post-stroke depression	1629
#17	Psychopathological	11587
#16	Psychological difficulties	25166
#15	Psychological well-being	317408
#14	Psychological morbidity	96174
#13	Psychological changes	107624
#12	Psychological concomitants	2566
#11	Psychological outcome	97094
#10	Psychological functioning	234333
#9	Psychological reactions	37661
#8	Psychological disorders	1374407
#7	Psychological distress	47184
#6	Psychological effect*	227148

#5	Aphasic syndromes	405
#4	Post-stroke aphasia	728
#3	Aphasia	18920
#2	Stroke patients	217993
#1	Stroke survivors	9742