



Perfil da comunicação em adultos e idosos hospitalizados



Profile of communication in hospitalized adults and elderly

Perfil de comunicación en adultos y adultos mayores hospitalizado

*Josefa Mariele dos Santos Rosário**

*Raphaela Barroso Guedes Granzotti**

*Rodrigo Dornelas**

*Danielle Ramos Domenis**

*Carla Patrícia H. A. R. César**

*Ariane Pellicani**

*Patrícia Aparecida Zuanetti***

*Kelly da Silva**

Resumo

Introdução: Alterações de linguagem são frequentemente ocasionadas por doenças crônicas, interferindo diretamente na comunicação do indivíduo. **Objetivo:** caracterizar a comunicação de pacientes adultos e idosos hospitalizados e correlacionar os resultados dos subtestes da prova de Boston utilizados. **Método:** Participaram do estudo 30 indivíduos, adultos e idosos, de ambos os sexos, internados na enfermaria de Clínica Médica de um Hospital Regional de nível secundário. Foram excluídos da pesquisa os pacientes com nível de consciência rebaixado, doenças psíquicas, em uso de calmantes e com doenças infectocontagiosas. A pesquisa incluiu a aplicação de uma anamnese inicial, consulta ao prontuário médico e aplicação das provas de compreensão e emissão oral do teste de Boston. Os resultados foram expressos de forma absoluta e relativa e para análise estatística foram utilizados os testes de igualdade de proporções e a correlação de Pearson. **Resultados:** Participaram 13 adultos (43,3%) e 17 idosos (56,7%) com mediana de anos estudados de 1,5. Os piores desempenhos foram nas provas de discriminação auditiva, material ideacional complexo, identificação de partes do corpo, denominação e denominação por confrontação visual. Não houve diferença significativa entre os achados utilizando valores normativos para idade ou escolaridade. Observou-se correlação entre os resultados de discriminação auditiva e identificação de partes do corpo; discriminação auditiva e material ideacional complexo; ordens e identificação de partes do corpo; agilidade oral e verbal; repetição de palavras e frases e discriminação auditiva e denominação por confrontação visual. **Conclusão:** As provas nas quais os pacientes hospitalizados do estudo apresentaram mais dificuldade envolviam compreensão auditiva e acesso semântico.

*Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju-SE – Brasil **Universidade de São Paulo – USP – São Paulo-SP – Brasil

Contribuição dos autores: JMSR escrita do artigo e coleta dos dados. RBGG análise dos dados. RD revisão crítica do texto. DRD revisão textual. CPHARC metodologia. AP conclusão. PAZ escrita dos resultados. KS concepção do artigo original e orientação crítica da escrita final.

E-mail para correspondência: Rodrigo Dornelas - rldgornelas@gmail.com

Recebido: 09/07/2015 Aprovado: 30/05/2016



Palavras-chave: Linguagem; Fonoaudiologia; Idoso; Adulto; Pacientes internados.

Abstract

Introduction: Language changes are often caused by chronic diseases interfering directly in the individual communication. Objective: to characterize communication by age and education of hospitalized adult and elderly patients and relate the results of the Boston subtests used. Methods: The study included 30 individuals, adults and elderly of both sexes, hospitalized in the Medical Clinic of a second-level Regional Hospital. The study excluded patients with lowered level of consciousness, mental illness, using tranquilizers and infectious diseases. The research included the application of an initial anamnesis, analysis of medical records and application of the oral comprehension and emission of the Boston test. The results were expressed in absolute and relative terms and for statistical analysis were used the equal proportion and correlation Pearson's test. Results: The participants included 13 adults (43.3%) and 17 elderly (56.7%) with a median of 1.5 years of study. The worst performances were in the tests of auditory discrimination, complex ideational material, body-part identification, denomination and denomination by visual confrontation. There was no significant difference between results using normative values for age or education. There was a correlation between the results of auditory discrimination and body-parts identification; auditory discrimination and complex ideational materials; commands and body-part identification; nonverbal and verbal agility; repetition of words and phrases and auditory discrimination and denomination by visual confrontation. Conclusion: The tests in which the hospitalized patients of the study presented more difficulty involved oral discrimination and semantic access.

Keywords: Language; Speech, Language and Hearing Sciences; Elderly; Adults; Hospitalized Patients.

Resumen

Introducción: Trastornos del lenguaje son frecuentemente causados por enfermedades crónicas que interfieren directamente con la comunicación del individuo. Objetivo: Caracterizar la comunicación de pacientes adultos e adultos mayores hospitalizados y correlacionar los resultados de la sub-prueba de Boston utilizados. Métodos: Participaron 30 personas adultas e adultas mayores, de ambos los sexos ingresados en la enfermería médica de un Hospital Regional. Fueron excluidos de la investigación los pacientes con un nivel reducido de conciencia, enfermedades psíquicas, en uso de tranquilizantes y con enfermedades infectocontagiosas. Se hizo una anamnesis inicial, análisis de las historias clínicas y aplicación de las pruebas de comprensión y emisión oral de la prueba de Boston. Los resultados se expresaron de forma absoluta y relativa y para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de igualdad y de proporciones y la correlación de Pearson. Resultados: Participaron 13 adultos (43,3%) y 17 adultos mayores (56,7%) con una mediana de años estudiados de 1,5. Los peores resultados fueron en las pruebas de discriminación auditiva, material con ideas complejas, identificación de partes del cuerpo, denominación y denominación por confrontación visual. No hubo diferencias significativas en los hallazgos que utilizaron valores normativos para la edad o la educación. Se observó una correlación entre los resultados de discriminación auditiva y identificación de partes del cuerpo; discriminación auditiva y material con ideas complejas; órdenes y identificación de partes del cuerpo; agilidad oral y verbal; repetición de palabras y frases y discriminación auditiva y denominación por confrontación visual. Conclusión: La pruebas en las que los pacientes hospitalizados del estudio presentaron más dificultad involucraron comprensión auditiva y acceso semántico.

Palabras clave: Lenguaje; Fonoaudiología; Adulto; Anciano; Pacientes internos.

Introdução

A linguagem é uma faculdade extremamente complexa que permite aos humanos codificar, elaborar e comunicar os seus pensamentos e experiências através do uso de símbolos arbitrários. A função das redes neurológicas envolvidas

na linguagem e suas interações com as demais redes neurocognitivas dependem de ordenadas interconexões¹.

Algumas patologias podem afetar essas estruturas encefálicas envolvidas na linguagem e suas redes adjacentes, como os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), Traumatismo Craniencefálico

(TCE) e os tumores cerebrais^{2,3}, bem como as doenças degenerativas, condições tóxicas, desordens desmielinizantes e doenças infecciosas⁴.

Dentre as alterações ocasionadas por estas injúrias ou disfunções encefálicas, estão as alterações motoras e de linguagem, sendo a afasia um dos distúrbios mais comuns, que compromete a linguagem oral e escrita em seus aspectos fonéticos, fonológicos, morfosintáticos, semântico e pragmático⁵.

A compreensão auditiva e visual, fluência verbal, habilidades de leituras e os aspectos linguístico-cognitivos como memória, atenção e raciocínio lógico encontram-se também prejudicados, interferindo em toda comunicação do indivíduo⁶, uma vez que a afasia atinge principalmente os adultos e idosos, com essas funções linguísticas já desenvolvidas⁴. Diversos estudos com pacientes afásicos e seus familiares descrevem a comunicação e a linguagem como o domínio que mais afeta a qualidade de vida e as interações desses indivíduos no seu cotidiano^{7,8,9,10}.

No Brasil, assim como em diversos países, tem sido observado o aumento da expectativa de vida. Com base na projeção da população brasileira, em 2050 o país alcançará a faixa de 64 milhões de pessoas acima de 60 anos e cerca de 22 milhões de indivíduos com 70 anos ou mais, uma diferença de mais de 15 milhões de idosos em relação à população infantil e adolescente¹¹.

Com o aumento dessa expectativa de vida há o aumento das doenças crônico-degenerativas. No Brasil, estudos apontam que indivíduos com mais de 75 anos convivem, em média, com 3,5 doenças crônicas¹².

Neste contexto, é necessário que a avaliação de linguagem em adultos e idosos contemple as habilidades linguísticas e cognitivas⁶, considerando dentro desse processo avaliativo, a influência de variáveis como gênero, escolaridade e idade¹³.

Como avaliação formal da linguagem em adultos e idosos no Brasil os testes mais utilizados são os testes da bateria Montreal Toulouse, o Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) e o M1-Alpha¹⁴.

O protocolo BDAE é o mais utilizado internacionalmente para detecção da afasia e encontra-se adaptado e normatizado para a população brasileira^{15,16}. Essa avaliação permite verificar o desempenho nas provas de fluência, compreensão

auditiva e repetição, bem como da expressão oral e leitura⁶.

Este trabalho buscou avaliar a comunicação (expressão e compreensão oral) e traz a discussão a respeito da importância da realização da avaliação da comunicação em indivíduos hospitalizados, independente do motivo e do tempo de internação. A hipótese desta pesquisa é de que muitos pacientes hospitalizados apresentem alguma alteração de comunicação, seja na expressão ou na compreensão da linguagem e de que haja um maior número de pessoas com alterações quando utilizado o critério de normalidade por escolaridade do que se utilizando o critério por idade.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar a comunicação de pacientes adultos e idosos hospitalizados e correlacionar os resultados dos subtestes da prova de Boston utilizados.

Método

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 29046414.0.0000.5546) e seguiu a resolução do CONEP 496/12. Trata-se de um estudo transversal e descritivo. A amostra foi composta por pacientes adultos e idosos (acima de 21 anos), de ambos os sexos, internados na enfermaria de Clínica Médica de um Hospital Regional por mais de 24 horas, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente, independente dos motivos de internações.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos com o nível de consciência rebaixado, que possuíam doenças que impossibilitasse a aplicação do teste ou com dificuldade de responder oralmente aos questionamentos; pacientes que se encontravam sedados, ou em uso de fármacos sedativos até 4 horas antes do teste, pacientes em ambiente de isolamento devido a doenças infectocontagiosas, indivíduos que receberam alta hospitalar antes do término de aplicação do teste e que se recusaram ou desistiram da pesquisa.

Foi realizada uma entrevista inicial com coleta de dados gerais de identificação e caracterização do paciente como sexo, idade, escolaridade, profissão, procedência, motivo de internação, hipótese diagnóstica médica, doenças pré-existentes e uso de medicamentos, seguida da aplicação parcial do teste de linguagem de Boston para o diagnóstico das afasias (BDAE-sigla em inglês), a saber, as provas de compreensão auditiva, expressão oral e prova de

fluência em associação controlada. Foi avaliada a compreensão auditiva com provas de discriminação auditiva, identificação de partes do corpo, ordens, material ideacional complexo e a expressão oral utilizando-se as provas de agilidade oral (verbal e não-verbal), sequências automatizadas, recitação e canto, repetição de palavras e frases, denominação (entrada auditiva e pista semântica), denominação por confrontação visual e denominação de animais. Foram excluídos todos os subtestes que envolviam leitura e escrita, para que em todos os participantes (alfabetizados ou não) fossem realizadas as mesmas provas. Cabe salientar que o objetivo de aplicação do teste não era realizar um diagnóstico de síndrome afásica e sim obter resultados a respeito da comunicação oral dos participantes da pesquisa.

Foram registradas e pontuadas as repostas conforme instrução dos autores do teste¹⁵. Utilizou-se para comparação com os resultados obtidos os valores Médios e Desvio Padrão encontrados em estudo dos dados normativos para a população brasileira¹⁶, tanto para a idade quanto para a escolaridade dos sujeitos da pesquisa.

Os resultados foram tabulados em planilha de Excel (pacote Microsoft® Office) para análise descritiva dos dados e processados pelo programa estatístico STATA 10.0 para o Windows. Foi utilizado o teste de igualdade entre duas proporções e o teste de correlação de Pearson. Foi estipulado o nível de significância em 5% (p valor $< 0,05$). Valores de r (coeficiente de Pearson) abaixo de 0,30 foram considerados como evidência de baixa correlação, entre 0,41 e 0,59 como correlação moderada, e maiores que 0,7 foram considerados como correlação forte.

Resultados

Participaram deste estudo 30 pacientes, 17 (57%) do sexo masculino e 13 (43%) do feminino,

com idade entre 24 e 86 anos (Mediana $\pm$ D.P= $57 \pm 15,9$ anos de idade). Oito (26,6%) participantes estavam na faixa etária de 24 a 45 anos, 11 (36,7%) tinham entre 46 e 59 anos e 11 (36,7%) eram idosos, com idade entre 60 e 86 anos. Quanto à escolaridade, a mediana do número de anos estudados foi de 1,5 anos de estudo (D.P. $\pm$ 3,8). Destes, oito (26,7%) não eram alfabetizados, 19 (63,3%) cursaram o Ensino Fundamental Incompleto, dois (6,7%) terminaram o Ensino Médio Completo e um (3,3%) concluiu o Ensino Superior Completo.

A respeito das doenças pré-existentes dos participantes da pesquisa foi observado a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 16 participantes (53,3%), 13 (43,3%) eram portadores de diabetes mellitus (DM), dois (6,7%) apresentavam cardiopatias, dois (6,7%) carcinoma e um (3,3%) epilepsia.

A respeito das causas de internação, seis participantes (20%) apresentaram causas de origem neurológica (suspeita de AVE, neuropatia e cefaléia) e 24 (80%) causas não neurológicas (Pneumonia, HAS, infecção urinária, carcinoma colo retal, cálculo renal, cálculo biliar, desidratação, tosse produtiva, trombose, tuberculose, DM descompensada, lesão e infecções em membro, tonturas, dores abdominais, cardiopatia, desconforto respiratório, dor hipogástrica, dor abdominal difusa e febre).

A tabela 1 ilustra os resultados obtidos no teste de Boston para o diagnóstico das afasias nas provas de compreensão oral, agilidade oral, repetição e nomeação. Foi verificado que não havia diferença entre a proporção do número de pessoas abaixo dos valores de referência quando utilizados os critérios por idade ou por escolaridade ($p > 0,05$ para todos os subtestes avaliados).

Tabela 1. Comparação entre o número de pacientes com alterações nas diferentes provas do Teste de Boston utilizando critério de idade e de escolaridade

Subteste	Pontuação possível	Média dos participantes e Desvio Padrão	Número de pacientes alterados por idade	Número de pacientes alterados por escolaridade	Valor de p-valor*
Compreensão Oral					
Discriminação auditiva	74	55,3 ± 13,01	23	17	0,10
Identificação de partes do corpo	38	16,01 ± 3,11	18	19	0,79
Ordens	15	13,6 ± 2,19	7	7	1,00
Material Ideacional Complexo	12	7,33 ± 2,48	20	17	0,43
Agilidade Oral					
Agilidade oral não verbal	12	8,4 ± 2,53	11	05	0,08
Agilidade Oral verbal	14	10,8 ± 2,21	11	8	0,40
Sequências automatizadas	8	6,7 ± 1,17	13	14	0,79
Recitação, canto	4	2,63 ± 1,43	6	5	0,74
Repetição					
Repetição de palavras	10	9,2 ± 1,21	8	9	0,77
Repetição de frases	16	8,63 ± 1,63	3	4	0,69
Denominação					
Denominação	27	22,3 ± 5,06	18	17	0,79
Denominação por confrontação visual	114	85,76 ± 30,21	21	21	1,00
Denominação de animais	-	14,9 ± 6,75	11	8	0,40

Legenda: * teste de igualdade de proporções entre o número de indivíduos com alterações quando utilizado os valores de referência por escolaridade comparado com a referência para a idade. P valor significativo quando $< 0,05$. O símbolo – indica que não há valores esperados, podendo variar entre a população. Observação: os padrões de normalidade por idade e escolaridade foram retirados de Radanovic, Mansur e Scaff, 2004¹².

Nas provas de compreensão oral o teste de Pearson evidenciou moderada correlação entre os resultados da discriminação auditiva e identificação de partes do corpo ($r=0,4$; $p<0,05$), entre discriminação auditiva e material ideacional complexo ($r=0,4$; $p<0,05$) e entre a tarefa de ordens e identificação de partes do corpo ($r=0,5$; $p<0,05$).

Em relação aos subtestes que avaliam a expressão oral, ficou evidente a correlação moderada entre as provas de agilidade verbal e não verbal ($r=0,53$; $p<0,05$). Não foi observada correlação significativa ao se relacionar as provas de sequência automatizada com as de recitação e canto.

Os resultados estatísticos indicaram, ainda, correlação moderada entre os resultados obtidos nas repetições de palavras e de frases ($r=0,4$; $p<0,05$). Em relação às provas que envolvem a denominação

(com entrada auditiva e pista semântica, por confrontação visual e de animais), observou-se que os resultados não estavam significativamente correlacionados (denominação versus denominação por confrontação visual, $r=0,07$; $p>0,05$; denominação versus denominação de animais, $r=0,1$; $p>0,05$ e denominação por confrontação visual versus denominação de animais, $r=0,1$; $p>0,05$).

Foi constatada, ainda, forte correlação entre as provas de discriminação auditiva e denominação por confrontação visual ($r=0,8$; $p<0,01$) e correlação moderada entre os resultados da discriminação auditiva e repetição de palavras e frases ($r=0,4$; $p<0,05$ e $r=0,5$; $p<0,01$).

Discussão

Este trabalho buscou caracterizar a comunicação (expressão e compreensão oral) de pacientes adultos e idosos hospitalizados e traz a discussão a respeito da importância da realização da avaliação

da comunicação em indivíduos hospitalizados, independente do motivo e do tempo de internação.

No que diz respeito à saúde do idoso, vários são os pontos que merecem destaques. De um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional, chamado de senescência, e de outro, o desenvolvimento de condições patológicas ocasionadas por estresse emocional, acidente ou doenças crônicas, chamado de senilidade. Tanto na senescência quanto na senilidade o acompanhamento com profissionais de saúde se faz imprescindível¹⁷.

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, decorrentes do envelhecimento da população, denota um grande número de adoecimento entre adultos e idosos e consequentemente, maiores ocorrências de internações hospitalares, que os tornam suscetíveis a diversos fatores de risco, agravando ainda mais suas condições sociais e biológicas, mesmo com a eficácia do tratamento etiológico dentro das instituições hospitalares¹⁸.

Outro fator relevante que deve ser considerado é a escolaridade da população. É sabido que até há alguns anos atrás o estudo, além de não ser valorizado socialmente, era difícil, tanto para homens quanto para as mulheres, uma vez que os homens assumiam muito cedo o sustento da família, e as mulheres dividiam suas atribuições entre o trabalho na lavoura e os cuidados da casa e dos filhos, refletindo no baixo índice de escolarização entre as pessoas idosas¹⁹. No nosso estudo, a mediana de anos estudados foi de 1,5 anos, sendo 90% dos indivíduos com baixa escolaridade ou analfabetos.

Os dados acima concordam com os do Ministério da Saúde, em que 23% (253,814 hab.) da população adulta e idosa no estado de Sergipe (com mais de 24 anos) não são alfabetizadas. Na região de saúde de Lagarto, local da pesquisa, (Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto) esta taxa é de 26% (46, 658 hab.) em indivíduos com mais de 25 anos²⁰.

Estudos descrevem que sujeitos mais escolarizados obtêm melhores desempenhos nos testes de linguagem, mesmo levando em conta características culturais e acesso à informação¹³. Além disso, o baixo grau de instrução, quando associado às condições econômicas precárias e à dificuldade de acesso à rede de suporte, pode trazer dificuldades no autocuidado e no gerenciamento dos problemas de saúde pelo idoso e por sua família, acarretando a institucionalização²¹.

Sabe-se que o processamento de linguagem depende das habilidades como atenção, memória e funções executivas para garantir um bom desempenho linguístico⁶ e se discute na literatura a influência da idade e escolaridade neste desempenho.

Desta forma, para eliminar equívocos com relação à diferença entre a escolaridade e a idade dos participantes foram comparados às médias e desvio padrão para idade e também para escolaridade, segundo resultados de outro estudo¹⁶.

Embora a causa de internação tenha variado bastante entre os participantes, em relação às doenças pré-existentes nos pacientes hospitalizados na clínica médica, 53,3% dos participantes relataram apresentar HAS, 43,3% relataram ser portador de diabetes mellitus, 6,7%, referiram cardiopatias, 10% apresentavam outras patologias. Estes achados são concordantes com a literatura da área^{22,23}.

Chama a atenção nos resultados a porcentagem de indivíduos diagnosticados com HAS e DM. Em Sergipe, segundo o IBGE, as taxas destas morbidades são menores do que as encontradas neste estudo, sendo relatado que 20,7% da população sergipana têm o diagnóstico de HAS e 6% o diagnóstico de DM²⁰. Esta discrepância pode ser explicada pela elevada frequência de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos hospitalizados.

Esta taxa mais elevada encontrada neste estudo pode ser justificada também pelo fato da pesquisa ter sido realizada em uma enfermaria da Clínica Médica, em que estas morbidades são comuns. Porém, este fato não minimiza o dado e a importância de ações de Educação em Saúde com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos.

No presente estudo, 36,7% dos indivíduos (11 pessoas) eram idosos e a doença preexistente mais frequente nesta população foi a HAS, presente em 72,7% dos idosos (8 pessoas), o que indica o elevado índice de doenças crônicas nas populações de idosos hospitalizados. Alguns autores descrevem ainda a prevalência de hospitalizações por agravos ou complicações de HAS em idosos com idades igual ou superior a 60 anos^{24,25}. Este resultado alerta para a necessidade de maior acolhimento e acompanhamento desses pacientes na rede básica de saúde, evitando assim sua hospitalização.

No Brasil, o AVE representa cerca de 80% das incapacidades adquiridas e a hipertensão arterial é o fator de risco mais importante para doença cerebrovascular, cuja estimativa de prevalência está em torno de 11% a 20% acima dos 20 anos e 35%

acima dos 50 anos¹⁹, apresentando como sequelas mais frequentes as afasias³.

Em relação às causas de internação hospitalar encontradas neste estudo as mais frequentes foram as de origem não neurológica. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com 7.584 pacientes hospitalizados, verificou-se que as principais causas de internação eram doenças do aparelho cardiovascular, seguido de doenças dos olhos e anexos, do aparelho digestório, doenças do aparelho geniturinário, doenças neoplásicas e do aparelho respiratório²³.

O tempo de internação não foi relatado neste estudo por apresentar caráter transversal, entretanto, na ala de clínica médica onde foi realizada a pesquisa se preconiza um tempo máximo de internação de sete dias.

Nesse contexto, evidencia-se a importância da atuação multidisciplinar para compreensão holística do paciente dentro do seu contexto biopsicossocial. A avaliação e intervenção fonoaudiológica no ambiente hospitalar visa o diagnóstico precoce e os encaminhamentos necessários, atuando na prevenção de agravos clínicos advindos das manifestações fonoaudiológicas detectadas, possibilitando assim a redução do tempo de internação hospitalar²⁶.

Em relação ao desempenho dos pacientes nas habilidades linguísticas, por meio das provas do BDAE, o maior número de pacientes com escores abaixo do esperado ocorreram nas provas de discriminação auditiva, material ideacional complexo, identificação de partes do corpo e denominação por confrontação visual, todos apresentando mais de 50% da amostra com escores menores do que os encontrados em outro estudo¹⁶, tanto para a idade quanto para a escolaridade.

Nos subtestes de discriminação auditiva, denominação e identificação de partes do corpo os resultados encontrados podem ser explicados por envolver categorias semânticas geralmente aprendidas em ambiente escolar, como formas geométricas e identificação detalhada de partes do corpo¹⁵ e pelo fato da maior parte da nossa amostra ter sido composta por indivíduos com baixa escolaridade.

Já na tarefa de compreensão de material ideacional complexo, é exigido além de relações semânticas complexas, a compreensão, a retenção e a recuperação das informações contidas na mensagem^{15,27}.

Para verificar a possível diferença entre os resultados encontrados por idade e por escolaridade

foi aplicado o teste de igualdade de proporções que não evidenciou diferenças entre os resultados.

Outro fato a ser discutido é o de que as sugestões de ponto de corte para as diferentes escolaridades não consideram indivíduos que nunca frequentaram a escola ou sem alfabetização. O que pode ter contribuído com o elevado número de casos abaixo do esperado e, principalmente por este motivo não foi utilizado os pontos de corte sugeridos pelas autoras.

Os resultados dos pacientes nas provas de material ideacional complexo e discriminação auditiva mostraram-se moderadamente correlacionados, isto pode ser explicado pela necessidade de discriminação auditiva para a compreensão oral mais complexa.

Os achados de agilidade oral, verbal e não verbal, mostraram-se correlacionados. Este subteste auxilia no diagnóstico de apraxia verbal ou de fala e não-verbal. Um estudo²⁸ verificou uma associação entre as apraxias verbal e não orofacial em 48% dos casos estudados, o que justifica os achados do presente estudo.

As provas de denominação não se apresentaram correlacionadas. Isto pode ser explicado pela diferença entre as tarefas. No subteste de denominação o avaliador oferece, além da entrada auditiva, uma pista semântica. Já nas provas de denominação por confrontação visual e denominação de animais (ou Fluência verbal semântica) é necessário um acesso à memória semântica, porém no primeiro o avaliador mostra uma figura, ou seja, há uma pista visual e no segundo estipula-se a categoria semântica, no caso nome de animais, mas o acesso é livre. Portanto, são todas tarefas que envolvem acesso semântico, porém com pistas diferentes.

Por fim, as provas de discriminação auditiva e denominação por confrontação visual apresentaram-se fortemente correlacionadas. Certamente pelo fato dos dois subtestes utilizarem a compreensão auditiva e as mesmas pistas visuais.

Quanto à influência do regionalismo no desempenho nos subtestes vale ressaltar que foram consideradas também respostas semelhantes às esperadas nas provas, desde que existissem no dicionário de língua portuguesa e fossem sinônimos, minimizando assim a interferência da diversidade cultural.

Com este estudo é possível observar o grande número de adultos e idosos hospitalizados com alterações em diversos domínios da linguagem,



evidenciando a importância de avaliações multiprofissionais, independente da causa da internação, possibilitando a elaboração de planos de intervenção que minimizem as limitações do paciente visando um melhor prognóstico e qualidade de vida após a alta hospitalar.

As principais limitações do presente estudo se referem à comparação de adultos e idosos e não apenas de uma faixa etária específica, entretanto, para minimizar esta limitação foram utilizados os valores normativos para idade e escolaridade.

Conclusão

A amostra estudada caracterizou-se por apresentar piores desempenhos nas provas de discriminação auditiva, material ideacional complexo, identificação de partes do corpo, denominação (com pista auditiva e semântica) e denominação por confrontação visual. Estas provas envolvem principalmente a compreensão auditiva e o acesso semântico. Conclui-se que muitos pacientes adultos e idosos hospitalizados apresentaram alterações na comunicação, independente da doença de base que possuíam e do critério utilizado, por idade ou por escolaridade, para obtenção dos resultados entre normal e alterado. Observou-se ainda correlação positiva e significativa entre os subtestes que avaliam a compreensão e também entre os que avaliam a expressão oral. Entretanto, estudos deverão ser conduzidos com a finalidade de encontrar os valores normativos das provas utilizadas para a população do Estado de Sergipe e mais especificamente, da cidade de Lagarto.

Referências Bibliográficas

1. Catani M, Mesulam M. The arcuate fasciculus and the disconnection theme in language and aphasia: History and current state. *Cortex*. 2008; 44: 953-61.
2. Peña-Casanova J, Pamies M. Reabilitação da afasia e transtornos associados. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005.
3. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev. CEFAC*. 2011; 13(2): 330-9.
4. Murdoch BE. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica funcional. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2012. 227-44.
5. Cardoso MCAF, Borges MA, Martinovski EL, Santos ML. Síndrome do sotaque estrangeiro: Aspectos neurolinguísticos em um estudo de caso. *Rev. Neurocienc*. 2014; 22(2): 300-7.
6. Bonini MV, Radanovic M. Relações entre alterações de linguagem e déficits cognitivos em indivíduos afásicos após acidente vascular encefálico [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010.
7. Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com 11 protocolo específico SAQOL-39 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
8. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Rev latino-am. enferm*. 2004; 12(1): 115-21.
9. Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular encefálico. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(4): 312-7.
10. Carleto, NG, Caldaa, ML. Correlação entre a qualidade de vida do paciente afásico e de seu familiar. *Distúrbios Comun*. 2014; 26(4): 630-40.
11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980 a 2010- Revisão 2008. (IBGE). *Rev. Estudo & pesquisa da informação demográfica e socioeconômica*, 2008; (24): 1-93.
12. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). Nestlé Nutrition. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Barueri: Minha Editora; 2011.





13. Machado O, Correia SM, Mansur LL. Desempenho de adultos brasileiros normais na prova semântica: Efeito da escolaridade. *Pró-fono*. 2007; 19(3): 289-99.
14. Ortiz KZ, Costa FP da. Aplicação do teste M1-Alpha em sujeitos normais com baixa escolaridade: estudo piloto. *J Soc Bras Fon*. 2011; 23(3): 220-6.
15. Goodglass H, Kaplan E. *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. 2ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1983.
16. Radanovic M, Mansur LL, Scaff M. Normative data for the Brazilian population in the Boston Diagnostic Aphasia Examination: influence of schooling. *Braz J Med Biol Res*. 2004; 37(11): 1731-8.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2006.
18. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2012. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional de Saúde – 2013.
19. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática na saúde do idoso. *Rev Eletr Enferm*. 2001; 3 (2).
20. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2010. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional de Saúde – 2010.
21. Sthal Hellen Cristina, Berti Heloisa Wey, Palhares Valéria de Castilho. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(4): 697-704.
22. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem Identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1): 141-9.
23. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1617-26.
24. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1): 192-9.
25. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4): 313-7.
26. Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. *Rev CEFAC*. 2014; 16(3): 853-62.
27. Mansur JJ, Radanovic M, Taquemori L, Greco L. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination - Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population. *Braz J Med Biol Res*. 2005; 38(2): 277-92.
28. Ortiz KZ. *Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição*. Barueri: Manole; 2006.

