

OS IMPACTOS DA AFASIA NA ATIVIDADE FÍSICA DA PESSOA IDOSA

Rute dos Santos Sampaio¹ Marcus Vinicius Borges Oliveira² Daniel Dominguez Ferraz³ Diana Oliveira Noronha dos Santos⁴
Nildete Pereira Gomes⁵

Resumo: A afasia se caracteriza por alterações na linguagem decorrentes de lesões cerebrais no sistema nervoso central que podem ocasionar a modificação dos papéis sociais anteriormente admitidos pelos idosos. Conhecer como o impacto gerado pela afasia se relaciona com as atividades físicas e, consequentemente, com a participação social dos idosos. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado a partir de entrevistas dos cuidadores de idosos afásicos. O procedimento de análise foi pautado na análise enunciativa discursiva dos dizeres dos entrevistados. Através dos relatos dos cuidadores, percebe-se o sentimento nostálgico com relação aos momentos anteriores a afasia, revelando como a mesma impactou aspectos que são relacionados tanto à comunicação quanto às atividades físicas cotidianas. No entanto, também foram descritos modos alternativos de significação que colaboram na retomada e na adequação destas atividades. Notou-se que atividade física e participação social estão relacionadas, sendo que mesmo com os impactos comunicativos gerados pela afasia, uma vida fisicamente mais ativa acabou gerando maior engajamento no círculo social destes idosos afásicos.

Palavras-chave: Afásico; Atividade física; Idoso; Linguagem

Afiliação

¹ Fisioterapeuta, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA); ² Professor do Departamento de Fonoaudiologia do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA); ³ Professor Adjunto do Departamento de Fisioterapia do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA); ⁴ Fisioterapeuta do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso; ⁵ Fisioterapeuta, doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

THE IMPACTS OF APHASIA ON PHYSICAL ACTIVITY FOR THE ELDERLY

Abstract: Aphasia is characterized by changes in language resulting from brain damage to the central nervous system that may also be accompanied by motor and cognitive changes, which may cause changes in the social roles previously acknowledged by the elderly. The objective of this study was to understand how the impact generated by aphasia is related to physical activities and, consequently, to the social participation of the elderly. This is an exploratory study, with a qualitative approach, carried out based on interviews with caregivers of aphasic elderly people. The analysis procedure was based on the enunciative discursive analysis of the interviewees' sayings. Through the caregivers' reports, a nostalgic feeling was perceived in relation to the moments prior to aphasia, revealing how it impacted aspects that are related to both communication and daily physical activities. However, alternative modes of meaning that collaborate in the resumption and adequacy of these activities have also been described. It was noted that physical activity and social participation are related, and even with the communicative impacts generated by aphasia, a more physically active life ended up generating greater engagement in the social circle of these aphasic elderly people.

Key words: Aphasia; Physical activity; Aged; Language

Introdução

A afasia é considerada uma patologia que afeta a linguagem, decorrente de lesões cerebrais focais no Sistema Nervoso Central (SNC), que podem ser ocasionadas por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), tumor cerebral, além de outras doenças degenerativas ou metabólicas^{1,2}. A afasia caracteriza-se:

[...] por alterações de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta incluídos aspectos gramaticais) produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associarem a alterações de outros processos cognitivos. Um sujeito é afásico quando, do ponto de vista linguístico, o funcionamento de sua linguagem prescinde de determinados recursos de produção e interpretação³.

No que diz respeito à uma concepção de linguagem, partimos de uma abordagem enunciativa discursiva, segundo a qual a linguagem é fruto de um trabalho coletivo, de natureza histórica e, portanto, dialógica. Para Bakhtin⁴, esta não pode ser reduzida a um sistema abstrato e nem como plenamente subjetivo, ou seja, depende das condições de sua produção concreto. Sendo assim, torna-se fundamental que os idosos, afásicos ou não, se mantenham nos diálogos do cotidiano, ocupando-se, dentro de suas possibilidades, das questões pertinentes do cotidiano.

No quadro de afasia, podem ocorrer outras questões que impactam a função motora, aspectos cognitivos que vão além da linguagem, tais como alterações da memória e das funções executivas¹. Além disso, os impactos causados pela afasia se relacionam com o grau de autonomia, independência funcional e preservação dos papéis sociais anteriormente admitidos. Assim, os idosos afásicos apresentam o seu padrão de atividade modificado, uma vez que algumas atividades, como ler, escrever, conversar, ir a um lugar de preferência, realizar tarefas domésticas encontram-se alteradas ou reduzidas⁵. Sendo assim, percebe-se um indivíduo que, frente às dificuldades apresentadas na interação social, pode tender ao isolamento.

Nesse contexto caberia saber se esses comprometimentos são entendidos como aspectos que podem dificultar a realização das atividades cotidianas nas quais as atividades físicas são exigidas. A esse respeito, a atividade física (doravante AF) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶ como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto superior ao despendido no estado de repouso, tais como caminhar, realizar tarefas domésticas e atividades de lazer. Já o exercício físico é uma subcategoria da AF planejada, estruturada, repetitiva e, caracterizada por alcançar um determinado objetivo, como melhorar ou alcançar a aptidão física⁶.

A prática de AF possui diversos benefícios que vão desde efeitos fisiológicos à melhora da interação do indivíduo na sociedade⁷. Porém, com o avançar da idade, os níveis de AF tendem a diminuir, na maioria dos idosos, o que pode ser atribuído aos efeitos deletérios inevitáveis do processo de envelhecimento e ao estilo de vida individual⁸. Outros fatores que influenciam a AF são as consequências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), prevalentes na população idosa⁹. Neste contexto, é importante prezar pelo envelhecimento ativo, uma vez que a AF reduz o risco da ocorrência de DCNT, bem como melhora a saúde musculoesquelética, sendo um componente essencial para o gasto de energia, o equilíbrio energético e o controle de peso⁶.

Tendo em vista as condições impostas pelo quadro de afasia, no que diz respeito à linguagem e a preservação dos papéis sociais assumidos anteriormente à afasia, tornou-se necessário conhecer como o impacto gerado pela afasia se relaciona com as atividades físicas, e consequentemente com a participação social dos idosos.

Metodologia

Este estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Correlação entre a comunicação funcional e o nível de atividade física de idosos frágeis”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer de número 3.547.500. Neste, foi respeitada a dignidade e autonomia dos participantes, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida¹⁰.

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Este tipo de estudo tem como objetivo descrever de forma completa determinado fenômeno, permitindo a aproximação deste, com o pesquisador e melhor entendimento do objeto estudado¹¹. A abordagem qualitativa foi escolhida porque permite compreender como as coisas acontecem e estuda o significado nas condições de vida concreta, representando suas opiniões e perspectivas. Pode também compreender as circunstâncias que as pessoas vivem, além de contribuir para a descoberta de conceitos existentes que podem ajudar a explicar o comportamento humano¹².

O cenário do estudo foi o Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CREASI), que possui um modelo de atenção baseado na funcionalidade. Sendo assim, prioriza a assistência às pessoas idosas frágeis ou com risco de fragilidade e oferece capacitações, suporte e apoio para idosos robustos¹³. Participaram da pesquisa cuidadores de idosos afásicos atendidos no período de outubro/2019 a fevereiro/2020, que cumpriram os seguintes critérios: apresentar mais de 6 meses como cuidador, residir em Salvador e ser referência para o idoso no CREASI. Os critérios

de exclusão foram: não conviver com os idosos e não possuir disponibilidade para responder a entrevista.

Os cuidadores desses idosos foram entrevistados em decorrência da dificuldade em entrevistar os próprios afásicos, devido à dificuldade na comunicação destes para a realização das entrevistas. A realização de entrevistas com os mesmos demandaria uma estrutura multidisciplinar em diferentes sessões de entrevistas que não são compatíveis com o recorte de pesquisa apresentado. Sendo assim, optou-se por entrevistar àqueles que poderiam fornecer informações tanto pregressas quanto do cotidiano dos idosos.

A localização e seleção dos participantes da pesquisa deu-se em dois momentos. Primeiro, foi realizado um rastreamento nos prontuários dos idosos que tiveram AVC (público com maior possibilidade de ter alteração de linguagem). Nos prontuários, foram analisadas as seguintes categorias: nível de fragilidade entre 6 e 8, segundo a classificação de Moraes¹⁴ e que também é utilizado no centro (um nível de fragilidade menor que 6 poderia influenciar de forma mais positiva e um nível maior de forma mais negativa, uma vez que apresentam um maior grau dependência); se possuía cuidador; se na evolução ou na ficha de avaliação, havia algo escrito declarando que o paciente tinha afasia e posteriormente rastreamento de quando estes idosos juntamente com seus cuidadores estariam no centro.

Por encontrar dificuldades, tais como meses atípicos, falta de pacientes, remarcações de consultas, bem como a disponibilidade da pesquisadora, a seleção dos participantes também foi realizada pelo encaminhamento dos profissionais do serviço. Ao total foram 9 entrevistas. Assim uma vez feito o convite, foi explicado o objetivo da pesquisa, riscos e benefícios e assinado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) com duas cópias.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas e abertas. A primeira parte fazendo uma caracterização sociodemográfica dos idosos afásicos e a segunda através de três tópicos que serviram de norteamiento para entrevista: 1 – O histórico do participante e as atividades físicas pregressas; 2 – A afasia e seu impacto nas atividades de vida diária e instrumentais; 3 – Atividades laborais e participação social.

Todas as entrevistas tiveram um encontro, sendo realizadas em um consultório reservado com o cuidador e pesquisador, promovendo o ambiente confortável e uma comunicação clara e simples. As entrevistas tiveram duração entre 40 minutos a 1 hora e foram gravadas com auxílio de um gravador, mediante a autorização dos participantes da pesquisa prevista no TCLE. Estes registros foram transcritos e, posteriormente, analisados pela

pesquisadora. Algumas entrevistas foram excluídas por não atenderem os critérios de estratificação de fragilidade e diagnóstico de afasia escrito no prontuário. Assim, foram selecionadas 4 entrevistas.

Desta maneira, os afásicos deste estudo são 3 idosas e 1 idoso, com idades variando entre 67 e 82 anos, 3 são aposentados e uma dona de casa. Em relação aos cuidadores, 3 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino e quanto ao grau de parentesco, todos eram filhos com tempo de cuidado variando de 9 meses a 6 anos. Para manter o sigilo e identificação dos relatos, foram colocados um código, sendo “C” de cuidador, acompanhado de uma numeração em ordem crescente.

A C1 é um dos familiares que cuida do pai afásico que teve 3 AVCs isquêmicos há 8 anos, ficando 6 dias em coma. Apresenta marcha lenta agravada pelo déficit visual, tem estratificação 7 na escala de fragilidade que corresponde ao idosos com declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda independente para as atividades básicas de vida diária ou atividades básicas. Ele mora com a esposa e com uma das filhas.

A C2 cuida da mãe afásica, que começou a desenvolver a dificuldade de comunicação há mais ou menos dois anos em decorrência de quadro demencial. Tem estratificação 7 na escala de fragilidade e convive com o marido que ainda trabalha (próprio comércio), tendo assim a ajuda da filha que foi entrevistada. Ainda que a mesma apresente um quadro demencial, os sintomas de sua afasia são predominantes, assemelhando-se a uma afasia de caráter global.

O C3 divide o cuidado com os irmãos, através de um rodízio quinzenal. A idosa possui a afasia decorrente do AVC, que sofreu há 3 anos. Possui estratificação 6 que corresponde a idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as atividades básicas de vida diária ou atividades básicas.

A C4 cuida da mãe que tem a afasia decorrente ao AVC que ocorreu a mais ou menos 9 meses. Possui estratificação 7. Consegue ficar em pé e anda com apoio bilateral em casa, porém, devido a fraqueza nos músculos, fadiga rápido. Possui apoio familiar, mas entrevistada é a cuidadora principal.

O método de análise deste trabalho seguiu o ciclo de cinco fases proposto por Yin¹², as fases são definidas de tal maneira:

I) Compilar: significa colocar em alguma ordem, ou seja, organizar os dados qualitativos de maneira ordenada antes de iniciar a análise formal. II) Decompor: significa fragmentar os dados em elementos menores, que pode ser considerado um procedimento de decomposição. III) Recompôr: seria reorganizar os fragmentos ou elementos em grupamentos e sequências

diferentes das que poderiam estar presentes nas notas originais. IV) Interpretar dados: pode ser considerada como a forma de dar seu próprio significado a seus dados recompostos e arranjos de dados, esta fase articula toda a análise. V) Concluir: esta fase exige a retirada de conclusões de todo o estudo, devendo estar relacionadas com a interpretação da quarta fase, por meio dela, a todas outras fases do ciclo.

O procedimento de análise foi pautado na análise enunciativa discursiva dos dizeres dos entrevistados, tendo como unidade de análise os enunciados proferidos pelos mesmos em diálogo com a pesquisadora¹⁵. Por se tratar de um procedimento qualitativo, não há aqui a ilusão de neutralidade do pesquisador¹⁶, sendo assim, esta escolha está de acordo com o arcabouço teórico da pesquisa, que orienta e direciona a análise dos dados.

Resultados e Discussão

Os nossos resultados e discussão se darão a partir das temáticas que surgiram dos relatos dos cuidadores, tendo em consideração questões norteadoras da entrevista. Inicialmente, apresenta-se os dizeres que estão relacionados à vida dos afásicos em período anterior a afasia. Logo após, o cotidiano destes no que diz respeito à realização de atividades físicas e, por fim, o olhar do cuidador sobre o círculo de relações e participação dos seus familiares.

O histórico do participante e as atividades físicas pregressas

Para compreender os impactos da afasia nas atividades físicas dos indivíduos pesquisados, buscou-se, antes de mais nada, saber sobre como estas atividades aconteciam no período anterior à afasia. Identificou-se de maneira expressiva nas falas dos cuidadores uma diferença entre o antes e o depois do acometimento da doença, e como isso trouxe mudanças na vida do familiar.

A afasia apareceu como um evento que demarcou uma temporalidade que pode-se considerar, nas fala dos cuidadores, como “normal”, ou melhor, esperado, como anterior a afasia. Posteriormente, o sujeito em sua nova condição aparece como alguém que não consegue mais ser o mesmo de antes. Conforme podemos ver na fala de C1: *“Ele gostava muito de ler, ele era gerente de um posto de gasolina, então ele que comandava, ele que lia, ele que sabe? ... Que retirava tudo, então hoje ele não consegue mais ...”*, que também foi observada em C4: *“Pessoa normal, aposentada, cuidava dos netos, família, casa, casa dela tudo tranquilo, saía normal.”* Além disso, foi percebido uma certa nostalgia, recorrente em outros enunciados, de um tempo anterior aos acometimentos.

Isto compreensível, pois, de acordo com Coudry¹⁷, apesar de afásicos e não afásicos compartilharem uma certa incompletude com relação à linguagem, momentos que hesitamos, interrompemos, perdemos o controle dizer, para o afásico estes momentos podem ser trabalhosos. Para a autora

[...] não se trata apenas de um mau momento que passa. São situações difíceis que o afásico enfrenta, sobretudo levando em conta o grau de tolerância zero que se tem hoje em dia para com os “normais”. Imagine-se, então, para com os afásicos. Esse sentimento completamente humano - a incompletude - faz da afasia um fenômeno familiar, reconhecido por quem exerce a linguagem. É evidente que tal posição não é posta para banalizar a afasia mas, ao contrário, para compreendê-la. E compreendê-la do ponto de vista existencial, de um sujeito que abruptamente mudou, e isto lhe causa - e aos seus próximos - desconforto e sofrimento¹⁷).

Embora não estejam relatados exercícios físicos propriamente ditos antes da afasia, no que diz respeito a atividade física, a fala a seguir, apresenta um cotidiano exaustivo de atividade laboral: “... *mas ela sempre foi uma mulher muito reservada, e começou a trabalhar desde cedo, ela era cabeleireira, teve o próprio salão, salão inclusive grande, com vários funcionários, sempre foi uma pessoa muito trabalhadora, muito ativa ...*” (C2).

No entanto, outros relatos narram a naturalidade de um cotidiano tranquilo, que se relaciona ao próprio modo de vida da pessoa acometida, que denotam sobre a qualidade de vida destes idosos, como notado em C3 e C4, respectivamente: “... *sempre foi uma pessoa assim... reservada, mais tranquila, ela nunca foi de conversar muito nem dentro de casa... e em especial na rua né...*”, “... *uma idosa tranquila e quieta, mãe nunca foi uma pessoa tipo assim agitada, de festa, de gandaia não. O negócio dela é a missa dela, fazer as coisinhas dela e na dela, na boa em casa, não é muito chegada.*”. De acordo com Ferreira et al¹⁸, a manutenção de uma vida ativa, com bons hábitos alimentares, momentos de lazer, está nas representações sociais dos idosos quanto à uma qualidade de vida positiva e satisfatória. O mesmo estudo demonstrou que as atividades físicas também permitem o aumento do convívio e do bem-estar destes indivíduos.

Tendo em vista que, de acordo com a concepção de linguagem de cunho bakhtiniano apresentada na introdução deste artigo, valoriza-se o papel constitutivo da linguagem que permeia as práticas sociais para os indivíduos, sempre em relação a um contexto historicamente situado. Assim considera-se importante refletir sobre como a afasia impactou as atividades de

vida diária dos participantes da pesquisa.

Os impactos da afasia no cotidiano e nas atividades de vida diária

Neste segundo tópico, inicia-se a discussão a partir dos dizeres dos cuidadores que revelam como os afásicos lidam com as dificuldades provenientes dos impactos na linguagem dos mesmos. Conforme podemos ver na fala de C3, as dificuldades na linguagem decorrentes da afasia impactam o cotidiano comunicacional.

Agora tem aqueles picos de uma vez por outra, assim se atrapalha, é... ficou com essa dificuldade né? De comunicação, tem horas que flui com mais naturalidade, tem horas que ela não consegue... assim, por exemplo, ela quer me perguntar alguma coisa sobre alguma coisa que ela não consegue... (C3).

Já para C4, este impacto comunicacional transforma-se em motivo de grande sofrimento para o afásico, que denotam como estes resistem às condições impostas pela afasia: “*Graças a Deus, ela emite alguns sons de comunicação, ela sente muito, chora porque ela às vezes quer falar...*” (C4). Enquanto que para C2, a situação de dificuldade que também provoca a perda de papéis sociais anteriormente estabelecidos, além de apontar para a infantilização do afásico.

Mas ela voltou a ser criança, ela não entende nada, nada, nada, voltou a ser criança. Então ela não consegue lavar uma louça, ela não consegue varrer uma casa, se ela lavar uma louça, ela vai misturar tudo, ela pode colocar comida dentro, ela mistura, ela assim não... consegue associar nem respeitar assim as etapas. (C2).

Ainda que seja possível entender as dificuldades de compreender as limitações do sujeito afásico, o entendimento da natureza da afasia contribui para afastar a ideia de um retorno à infância. Neste sentido, não é por conta do indivíduo ser afásico que este deixará de ser mãe, pai, filho.

Apesar das dificuldades comunicativas no diálogo nos afásicos, demonstrado acima, há também estratégias desenvolvidas pelos interlocutores com base em recursos alternativos de significação que somente podem ser compreendidos por tratar-se de interlocutores que dividem os mesmos contextos situacionais. Neste sentido, como afirmado por Nandin¹⁹, é importante perceber como se valorizam recursos de natureza não verbal, tais como gestos e olhares que acabam por permitir a continuidade de algumas situações dialógicas:

Hoje, a realidade dela é o quê? Uma fala altamente comprometida, ela

não consegue falar quase nada, pouquíssimas palavras, restritas palavras mas a gente consegue compreender pela convivência no olhar, ela aponta algumas coisas, a gente consegue compreender. (C2). Ela utiliza tipo assim..., quando ela tá com fome, ela chama a gente, ela emite som né tipo “a, e”, aí puxa a gente pela roupa, pela camisa, a forma de comunicação dela. Agora, quando são coisas simples é monossilábico, tipo “não quer? ” “Não quer”, “Quer?”, “Quer”, entende? Palavras, sons curtos. Quando tá sentindo dor, aperta a cabeça, aperta a barriga, o braço, se tá tendo câimbra, ardência, as costas ela bota a mão nas costas e faz assim..., então é mais por expressão e é muito monossilábica. (C4).

Os impactos da afasia não se restringem à modalidade oral da linguagem, mas existem dificuldades que também estão situadas em sua modalidade escrita, conforme no relato abaixo de C3.

... outra coisa que a gente também notou, o que houve assim uma mudança bem significativa? A escrita, entendeu? A escrita, hoje a gente nota que ela... já pra assinar o nome dela já tem um pouco mais dificuldade, a letra não tem assim a mesma, não é a mesma que era antes, era uma letra, né? Diga-se de passagem, bem legível, bem aquela letra que a priori todo mundo diria “não..., letra bonita” a gente vê que não tem mais aquela né... (C3).

Nos quadros clínicos de pessoas afásicas a linguagem oral como a escrita encontram-se alteradas, pois se tratam de sistemas funcionais integrados no cérebro humano²⁰. Para Santana²⁰, ambas não se podem pensar como atividades separadas, uma vez que não estão restritas a áreas circunscritas do córtex cerebral, e se constituem como atividade linguístico-discursiva. Logo, no quadro de afasia, podem ser encontradas alterações, tais como, dificuldade na compreensão, ditado e escrita espontânea; escrever sílabas isoladas ou frases complexas; distinguir os sons que formam uma palavra e entre outros.

No entanto, para Coudry³, o modo de destituição das condições de significação vai além de fenômenos de generalidade, ou seja, está ligado a características específicas de cada sujeito, resultantes de sua unicidade da história individual. Nos casos relatados abaixo, é notado, uma adequação singular das atividades às possibilidades apresentadas pelos indivíduos que se mantêm ativos, ainda que não executando as atividades que realizavam anteriormente.

Considera-se este fato positivo para a manutenção, não apenas em termos de atividade física, mas também como uma forma de manter a participação nas tarefas do cotidiano.

... tipo, vestir uma roupa ela sente dificuldade, ela luta pra vestir uma roupa, ela luta pra calçar o sapato, o sapato dela, roupa, ela sempre usou sapato de saltinho né? agora tem que usar o quê? Moleca tem que usar tênis, mãe não gostava de tênis, nunca gostou, agora ela tem que usar pra fazer firmar, garantir a firmeza, a aderência dos pés. Pentear o cabelo dela, ela sente, a gente pega o pente dá pra ela, ela fica, aí ela pede pra fazer os penteados que ela gostava. É bom porque a mente dela tá voltando, mas é triste quando a gente observa o nervoso que ela tá, que ela quer fazer o que fazia antes e não consegue (C4).

"Ela anda muito dentro de casa, né? porque ela vai na porta vem no fundo, vez por outra pega uma pecinha de roupa ou não, as peças mais miúda pra ela mesmo lavar, ela mesmo estender, toma o banho dela sozinha, vez por outra ela vê alguma coisa que precisou "há descosturou aqui ó" ela vai por ela mesmo entendeu?" (C3).

Como já colocado anteriormente, é muito importante manter, dentro do possível, o afásico ativo no círculo de atividades onde o mesmo vive, pois isto colabora com sua reinserção social e expande suas possibilidades de comunicação mediadas pela linguagem. É importante ressaltar que, para Luria²¹, a reabilitação da linguagem do afásico se dá de maneira integrada às demais funções psicológicas superiores, tais como a memória, atenção e percepção e que, uma atividade como aquela relatada por C4 de pentear os cabelos, ou aquela relatada por C3, de lavar as roupas, exige, para o autor, o funcionamento integrado do cérebro que pode ser metaforizado tal como uma orquestra em atividade durante um concerto.

Atividade física e participação social

A participação social possui diversos significados e depende do contexto inserido²². Nesse sentido, a participação social neste estudo é definida como o desempenho das pessoas nos domínios da vida social por meio da interação com outras pessoas no contexto em que vivem²³. A partir das informações obtidas pelos cuidadores, notou-se uma relação entre atividade física e participação social, em que uma pessoa com uma vida mais ativa acabava gerando um maior círculo social, como podemos observar nas falas de C2: *"É, todos os dias, todos os dias 15-20 minutos, ela faz a esteira" (C2).*

“... ela não tem a rotina, só ficar em casa, ela tá em casa mas ela também sai, sai pra acompanhamento dela em benefício dela mesmo, mas sai. Ver gente, ver rua, conversa, toda equipe também de lá da clínica dá atenção às pacientes que vê o quadro dela, beija, abraça então assim ela sente esse calor humano e externo também.” (C2).

Esse fato é corroborado pela literatura, já que alguns estudos demonstram que a inclusão da atividade física no cotidiano de idosos com algum tipo de doença crônica, foi capaz de reduzir e prevenir incômodos físicos, promoveu mudanças no estado emocional, tais como, aumento da felicidade, autonomia para tarefas habituais, bem como na motivação para permanecerem ativos e no aumento do círculo social^{24,25}. Em contrapartida, a falta de atividades no cotidiano também ocasionou menor contato social: *“Hoje ele se afastou mais das pessoas, hoje ele prefere viver um mundo dele só, não sai de casa, quando sai, só é para o médico.” (C1).* Entende-se como este cotidiano atual pode ser nocivo tanto para a saúde mental como física do afásico: *“O dia dele é sentadinho no sofá, assistindo televisão com minha mãe também, é o dia dele, é esse, não tem... ele não faz nenhuma atividade, entendeu?” (C1).*

O excesso de tempo sentado durante o dia está entre atividades que caracterizam o comportamento sedentário, este por sua vez, pode ser entendido como tempo gasto em atividades realizadas em posição deitadas, reclinadas, sentadas que não tenham gasto energético acima dos valores de repouso²⁶. Estes comportamentos sedentários ainda podem predispor a consequências, como aumento de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, sendo também um indicador de mortalidade. Especificamente na população idosa também, podem implicar em limitações para a realização de atividades de vida diária^{26,27}.

Além disso, existem alguns fatores que podem dificultar a participação social da pessoa afásica, por vezes o afásico que se sente um “fardo” para as outras pessoas pode acabar abandonando atividades que faziam parte de seu cotidiano. Esse isolamento pode ser intensificado, quando pessoas não afásicas não conseguem entender o ritmo de vida, principalmente, de conversação do afásico, colaborando para a existência do sentimento de frustração, solidão e estresse²³.

É quando alguém, ele tá na janela, Seu E., tudo bom? Para e conversa com ele. Seu E. o senhor tá bem, pronto ele já começa a ficar “Que bem? Você está gozando comigo?” Aí começa, já sabe? É uma chateação com ele, ele deixa a pessoa até sozinho, aí dá as costas, não é todo mundo que ele gosta de conversar. Ele é bruto também com as

peessoas se disser que ele tá bem, entendeu? Dá uma queimada mesmo... (C1).

Por outro lado, relatos de C3 e C4 demonstram como a presença da afasia não foi determinante para restringir a participação social dos afásicos, mas como o contato humano social influenciou de forma positiva no humor e bem-estar dos idosos. Além disso, é possível observar na fala de C4 “*sempre foi essa parte ai dela*” que para a cuidadora há a preservação da identidade e personalidade do afásico.

.... vamos dizer assim... mas quando ela tá no meio de várias pessoas ela... a gente nota que ela fica mais animada, fica mais à vontade, como eu acabei de frisar né? E quando ela tá assim, vamos dizer assim... nos aniversário da neta né? Nesse ou aquele motivo, seja lá que motivo for que tenha a quantidade de familiares maior, junto ela interage melhor né? (C3).

Com os vizinhos? Oh meu pai essa veia é terrível! Gosta da vida do zoto, bota ela na varanda pra tu ver! Vem os vizinhos, tudo velho que nem ela, faz festa "e aí minha avó", "iai", todo mundo "bom dia minha avó"! É beijo oxe, passa aqui nesse corredor, é meio mundo de beijo pra todo mundo. Ela é assim, ela é super comunicativa, sempre foi essa parte aí dela..., ela é muito carinhosa, não é porque minha mãe não, mas ela é carinhosa, quando vê criança então, ela se derrete é o jeito dela, ela não se retraiu assim ...(C4).

É importante ressaltar que um dos fatores que podem influenciar também a não adesão da atividade física são os estereótipos que são dados ao envelhecimento, em que a pessoa idosa é vista como incapaz de tomar suas próprias decisões e ações. Isto se intensifica quando o idoso é portador de alguma doença tal como as consequências do próprio AVC, que incluem déficits na força, equilíbrio, cognição, mobilidade e caminhada²⁸. No entanto, identificou-se nas falas C2 e C3, relatos que vão contra a esses estereótipos da velhice.

... ela gosta muito de dançar né, falando de data comemorativa, então se ela começa a dançar, ela vai dançar mais de vinte músicas entendeu? Sem querer parar, então a gente vai dando os limites..., bora mãe, agora parar pra descansar um pouquinho, entendeu? E daqui a pouco ela quer dançar mais... (C2).

... a gente conversando, daqui a pouco o rádio ou a televisão tá

tocando, aí de repente tem alguém dançando, aí naquele bom humor do momento ela sai dançando sozinha... como né? E dá risada, né? e ela mesmo: "Tá pensando que eu não sei mais não?", né? A maneira dela, sem prolongar muito, mas interage bem, entendeu? (C3).

Em um estudo de revisão sistemática sobre o envelhecimento ativo e determinantes sociais relativos ao estilo de vida, a velhice ativa está atrelada a um modo de viver, baseado em hábitos saudáveis dos indivíduos. Neste mesmo estudo, a caminhada, atividades de lazer, expectativa de vida, entre outros fatores, foram determinantes para este resultado²⁹.

Outro ponto citado, é a importância que é dada ao profissional de saúde, conforme observado quando C4 diz “*a gente só segue que a fisioterapeuta*”. É dado ao profissional a responsabilidade de orientar e incentivar a pessoa idosa na busca de hábitos que possam melhorar sua condição de saúde. A fisioterapia irá auxiliar no ganho da independência física possível do paciente, considerando suas especificidades. Melhora da função, ganho de força muscular e manutenção da capacidade funcional, permitindo a reintegração do idoso em seu cotidiano³⁰.

A atividade física dela é como eu falo, a gente só segue o que a fisioterapeuta porque existe segunda a médica um desgaste dos ossos e o cansaço que os idosos cansam muito rápido, as vezes a gente quer fazer a doutora (fisioterapeuta) falou o seguinte você não pode fazer sequência de 100, de 20 e de 30 como a gente faz, com eles são no máximo 12 o mínimo 3 e realmente porque tem atividades que a gente faz em casa com ela, que ela se cansa muito rápido e com atividades que ela não se cansa... (C4).

Entendendo o afásico em uma perspectiva integral, não compartimentada, é necessário que os profissionais enxerguem além do fator físico, por isso a necessidade de um atendimento interdisciplinar, com a presença de fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e psicólogo, uma vez que a afasia é uma consequência de doenças que podem afetar componentes motores, mentais e sociais³¹.

Considerações Finais

Este estudo apresenta a visão dos cuidadores sobre seus familiares afásicos e como estes se relacionam com o meio, frente às dificuldades de linguagem por meio da fala. Uma limitação deste estudo, que ocorre pelas próprias dificuldades de comunicação provocada pela afasia, diz respeito a não ter sido possível ouvir os próprios idosos afásicos no estudo. Por outro lado,

ressaltamos a importância de valorizar a voz do cuidador, que possui um papel importante e desafiador, que além de ser responsável pelo cuidado do familiar, em sua maioria lhe é atribuído deveres domésticos e financeiro¹.

É possível perceber, partindo dos relatos dos cuidadores, como o cotidiano comunicacional, assim como o dia a dia das atividades físicas dos indivíduos, se modificaram após a afasia, o que gera um sentimento nostálgico em relação a como eram os indivíduos antes. Nota-se, em alguns relatos, um certo desconhecimento sobre a natureza da afasia, gerando atitudes de infantilização, mas também de compreensão dos limites comunicacional impostos. Também foi relatada a utilização de recursos alternativos de significação, como expressões não verbais, tais como, olhares, toques e gestos como meio de comunicar e de adequar as atividades com as pessoas que fazem parte do cotidiano da pessoa afásica, como forma de mantê-lo presente e ativo³¹.

Além disso, os cuidadores comentaram sobre um cotidiano de atividades bastante distante do ideal relacionado ao envelhecimento ativo, ao mesmo tempo que outros afásicos permaneceram em intensa atividade social. Sendo assim, esse estudo indica, a partir dos casos relatados que, ainda que tenhamos observado o impacto da afasia no cotidiano, nem sempre estará relacionada ao afastamento ou redução das atividades físicas e que, mesmo com os impactos comunicativos provenientes das alterações do recursos linguísticos, há afásicos que seguem bastante ativos fisicamente. Isto dependerá de muitos fatores, das extensões das dificuldades, mas também da própria história do afásico, da forma de encarar as próprias dificuldades, além do contexto e do apoio onde vivem.

Por fim, ressalta-se a importância de pensar a relação da atividade física e participação social e alertamos para a necessidade do trabalho interdisciplinar com os idosos afásicos como forma de compreender essa complexidade do cuidado relacionado à afasia, de aspectos que não são apenas relacionados à linguagem, mas que integram as interações sociais e as atividades físicas.

Referências

1. Miolo SM, Machado MDA, Pascotini FDS, Fedosse E. Cuidadores informais de sujeitos com afasia: reflexões sobre o impacto no cotidiano. *Distúrb Comun.* 2017; 29(4): 636-64. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i4p636-643>.
2. Fontanesi SRO, Schmidt A. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Rev. CEFAC.* 2016; 18(1): 252-262. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>.

3. Coudry MIH. Diário de Narciso: Discurso e Afasia. São Paulo: Martins Fontes. Dois mil e um.
4. Bakhtin M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. 6 ed. São Paulo: Hucitec, [1929] 2006.
5. Pommerehn J, Delboni MCC, Fedosse E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. CoDAS. 2016; 28(2):132-140. 0.1590/2317-1782/201620150102.
6. World Health Organization. Physical Activity [internet]. [Geneva, Switzerland]: [data desconhecida] [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>.
7. Torquato ED, Gerage AM, Meurer ST, Borges RA, Silva MC, Benedetti TRB. Comparação do nível de atividade física medido por acelerômetro e questionário IPAQ em idosos. Ativ Fís Saúde. 2016; 21(2):144-153. 10.12820/rbafs.v.21n2p144-153.
8. Camboim FEF, Nóbrega MO, Davim RMB, Camboim JCA, Ventura RM, Oliveira SX. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. Rev enferm UFPE on line. 2017;11(6):2415-22. 0.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201721.
9. Miranda GMD, Mendes ADC, Da Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [internet]. 2016 [acesso 2020 jul 18]; 19(3):507-519. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 dezembro 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, seção 1, p. 59. 2012.
11. Marconi MA, Lakatos EV. Metodologia do Trabalho Científico. 5 ed. São Paulo: Atlas. dois mil e três.
12. Yin RK. Pesquisa Qualitativa do início ao fim. Porto Alegre (RS): Penso Editora LTDA. Dois mil e dezesseis.
13. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Sobre o Creasi [internet]. [Salvador, Bahia]: [data desconhecida] [acesso 2020 set 13]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/quem-somos/>.
14. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saude Publica. 2016; 50(81). 10.1590/S1518-8787.2016050006963.

15. Bakhtin M. Estética da Criação Verbal. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, [1979] 1997.
16. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec: 2007.
17. Coudry MIH. Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da neurolinguística. Cadernos de Estudos Lingüísticos. 2011; 42:99-130. <https://doi.org/10.20396/cel.v42i0.8637143>.
18. Ferreira MCG, Tura LFR, Silva RC, Ferreira MA. Social representations of older adults regarding quality of life. Rev Bras Enferm [internet]. 2017 [acesso em 2020 jul 20];70(4):806. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>.
19. Nandin TLC. Possibilidades narrativas de sujeitos com afasias severas de produção: o papel dos signos não-verbais para alcançar o "querer-dizer"[dissertação] [internet]. Campinas: Unicamp; 2013. 13 p. [acesso em 2020 ago 26]. Disponível em:http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/271171/1/Nandin_TainaraLemesConde_M.pdf.
20. Santana AP. Escrita e Afasia: A linguagem escrita na afasiologia. 01. ed. São Paulo: Editora Plexus; 2002. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WZ3HILmWn3sC&oi=fnd&pg=PA13&dq=afasia+e+escrita&ots=sIFh4D1ws1&sig=SgVfF0PTDlySJ8JgUbsippaAUpk#v=onepage&q=afasia%20e%20escrita&f=fal>.
21. Luria AR. Fundamentos de Neuropsicologia. Ed. da USP. São Paulo; mil novecentos e oitenta e um.
22. Organização Pan-Americana de Saúde. Participação Social [internet]. [Brasília, DF]:[data desconhecida] [acesso em 2020 ago 17]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748.
23. Dalemans RJP, Witte L, Wade D, Heuvel WVD. Social participation through the eyes of people with aphasia. INT. J. LANG. COMM. DIS.2010; 45 (5):537–550. 10.3109/13682820903223633.
24. Silva PD, Pereira J, Lopes ML, Coelho TLM, Santos LMM. Influências de exercícios físicos no cotidiano dos idosos e sua percepção quanto ao seu bem estar pessoal. Pesquisas e Práticas Psicossociais [internet]. 2018; [acesso em 2020 ago 13]; 13(2): e1585. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2991.
25. Barbosa ARC, Carvalho BMP, Paraizo CMS, Dázio EMR, Lima RS, Fava SMCL.

- Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. *Journal Health NPEPS*. 2019; 4(2):90-103. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103706>.
26. Jesus AS, Rocha SV. Comportamento sedentário como critério discriminador do excesso de peso corporal em idosos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2018; 23:e0030. 10.12820/rbafs.23e0030.
27. Gomes dos Santos R, Medeiros JC, Schmitt BD, Meneguci J, Santos DAT, Damião R et al. Comportamento sedentário em idosos: Uma Revisão Sistemática. *Motricidade*. 2015; 11(3):171-186. <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3184>.
28. ToËrnbohm K, Sunnerhagen KS, Danielsson A. Perceptions of physical activity and walking in an early stage after stroke or acquired brain injury. *PLoS ONE* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 17]; 12(3): e0173463. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0173463.
29. Cavalcanti AD, Moreira RS, Barbosa JMV, Silva VL. Envelhecimento ativo e estilo de vida: Uma revisão da literatura. *Estud. interdiscipl. Envelhec* [internet]. 2016 [acesso 2020 ago 13]; 21(1):71-89. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/53402>.
30. Brito TDQ, Oliveira AR, Eulálio MC. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015;33(1):121-133. dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.09.
31. Santana AP, Novaes-Pinto RC, Oliveira MVB. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para Terapia em Grupo com Afásicos, In: Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs), v. 2. PRO-FONO;2015. p. 155-166.