

# Repercussões psicológicas na relação entre o paciente afásico e seu familiar<sup>1</sup>

*Luciana Kiyon*

*Débora Paro Guimarães Silva*

*Kátia da Silva Wanderley*

**RESUMO:** Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de compreender como o familiar vivencia as dificuldades de comunicação com o paciente afásico. Observou-se influência do tipo de vínculo constituído na qualidade da relação com o paciente, podendo ocorrer também estreitamento dos laços afetivos. Percebeu-se que sentimentos de angústia pelo não entendimento de sua fala e luto pelo que ele era são recorrentes no cotidiano dos familiares e que o conhecimento sobre a afasia, somado à empatia pelo paciente, são importantes para sua readaptação.

**Palavras chaves:** afasia; família; Psicologia.

**ABSTRACT:** *This is a qualitative study that aims at understanding how the family experiences the communication difficulties with the aphasic patient. It was observed that the type of bond that was formed influenced the quality of the relationship with the patient, and that the strengthening of the affective ties may also occur. It was noticed that feelings of anguish for not understanding the patient's speech and mourning for what he was are present in the daily life of the family, and that knowledge about aphasia, added to empathy with the patient, are important for his rehabilitation.*

**Keywords:** *aphasia; family; Psychology.*

---

<sup>1</sup> O estudo é parte das exigências para conclusão do Curso de Aprimoramento Profissional em Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia, ministrado no Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo-SP.

## Introdução

O presente trabalho tem como tema a afasia. De acordo com Souza (1998), a afasia é um distúrbio da linguagem geralmente decorrente de uma lesão cerebral ou de acidentes encefálicos, quando a capacidade de se comunicar fica significativamente prejudicada, sendo que o tipo de alteração varia de acordo com a área do cérebro que foi afetada.

Segundo Souza (*ibid.*), existem várias formas de se classificarem as afasias, dependendo do autor e do enfoque que o mesmo utiliza (etiologia, área afetada, manifestações). Uma das classificações utilizadas, segundo ele, se refere à afasia não fluente, em que as lesões se localizam no lobo cerebral frontal, há grande dificuldade para falar, proferindo frases curtas, mas com sentido, e a capacidade de compreensão é mais preservada; afasia fluente, cujas lesões se localizam no lobo temporal posterior do cérebro, manifestando grande dificuldade de compreensão, frases longas e sem sentido; e a afasia global, na qual há lesões extensas do cérebro e grande dificuldade tanto para a fala como para a compreensão, podendo estar acompanhada de uma demência, dentre outros aspectos.

Costa e Duarte (2002) explicam que o acidente vascular cerebral constitui uma das grandes preocupações da atualidade, pois é a terceira maior causa de morte por doença no mundo, sendo responsável por cerca de 25% dos óbitos em países desenvolvidos e responsável por grande parte das incapacidades físicas encontradas nos idosos. Além de afetar o funcionamento físico, pode gerar déficits sensoriais e cognitivos e interferir no desempenho das atividades da vida diária, aspectos que, segundo Rabelo e Néri (2006), são fundamentais para o bem-estar subjetivo do idoso.

Mesmo um envelhecimento saudável do ponto de vista físico e funcional está sujeito a uma série de acontecimentos que podem gerar um grande sofrimento psíquico. Isto porque, no processo de envelhecimento, aumentam os riscos de perdas biológicas, cognitivas, motivacionais e sociais (*ibid.*).

Dentre as manifestações psicológicas recorrentes no envelhecimento, encontra-se a neurose do envelhecimento, uma série de traumas que advêm do impacto de tais perdas na estrutura psíquica do sujeito (Jerusalinsky, 2001). De acordo com o autor, esses traumas se referem a: perda dos pais reais que, independentemente da idade em que ocorra, leva o sujeito a um confronto com a própria morte devido a uma identificação com as figuras parentais; constatação do definitivo, no qual se desenvolve uma noção de uma estrutura psíquica inalterável, de que nada mais poderá mudar em sua personalidade e seus comportamentos; sensação de diminuição da potência sexual; sentimento de que já não é mais o protagonista, e sim seus filhos, que têm como tarefa educar e formar os homens do amanhã; noção da minimização do futuro e necessidade de encontrar formas de estender esse tempo numa continuidade simbólica, geralmente representada pelos netos; perda dos pares, que leva o sujeito a uma sensação de solidão, de que morreram os únicos que eram capazes de escutá-lo e compreendê-lo; e degradação do corpo, que interfere na auto-estima e no sentimento de ser sexualmente atrativo ao sexo oposto, principalmente no caso das mulheres.

Sendo assim, quando um episódio agudo como o AVC irrompe na vida de um idoso, a superação das seqüelas pode se revelar um trabalho deveras árduo, pois o momento delicado decorrente do próprio processo de envelhecimento é atravessado por mais uma série de sentimentos suscitados pelo advento desse novo problema. Tais sentimentos podem se manifestar através de ansiedade, negação, regressão, egocentrismo, isolamento, labilidade das emoções, agressividade, vergonha e culpa, dependência e passividade e desinibição (Létomeau apud Prestes, 1998)

Segundo Prestes (ibid.), a condição psicológica do sujeito afásico é tão delicada que o menor sucesso pode motivá-lo intensamente, assim como um pequeno fracasso pode desencorajá-lo. Afinal, com a afasia, perde-se um importante instrumento da subjetividade humana, a linguagem. É por meio dela que objetivamos nossos pensamentos, sentimentos, sensações e idéias, dando um sentido a eles e tornando-os elementos de uma realidade compartilhada.

Na psicologia, a linguagem tem um lugar imperativo. É esperado que o paciente fale, pois é a sua fala que direciona o andamento da sessão, que nos mostra suas cadeias associativas, é através da fala que ele nos traz a queixa e que identificamos sua demanda. Segundo Freud, “Nada acontece em um tratamento psicanalítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista” (1916, p. 29).

Para Freud, a linguagem não é o único meio de comunicação, mas certamente é o mais utilizado. Para ele, as “Palavras suscitam afetos e são, de modo geral, o meio de mútua influência entre os homens” (ibid., p. 27)

Assim, os resquícios deixados por uma lesão cerebral não concernem somente às mudanças nas funções cognitivas e da fala, mas também às mudanças no âmbito afetivo, sendo que estas atingem tanto a pessoa com afasia quanto seus familiares. Para Bonini (1998), as atitudes dos familiares em relação ao paciente com afasia não dependem somente do modo como a relação foi construída, mas também da forma como eles reagem ante esse novo evento.

Alguns estudos recentes sobre a terapêutica do paciente afásico ressaltam a importância da família na sua reabilitação. Segundo Bonini, “é de extrema relevância conhecer a família e o modo como esta concebe e lida com o afásico” (ibid., p. 2)

Apesar do papel da família ser extremamente importante na reabilitação do paciente com afasia, nem sempre os familiares se sentem prontos para conviver com suas dificuldades, e isso pode decorrer de uma série de fatores, dentre eles, uma não aceitação da condição atual do paciente. Frequentemente, não só o paciente afásico, mas também seus familiares encontram-se “numa situação de luto, luto do que era e hoje não é mais” (Kolody apud Negrão e Barille, 2003, p. 3).

Freud, em seu trabalho intitulado “Luto e Melancolia” (1917), utiliza o termo luto para designar um estado natural que sucede a perda de um objeto de amor. A ausência do objeto exige que a libido seja retirada de tudo que a ele esteja associado. Entretanto, esse desligamento não se opera com facilidade. Mesmo diante de um substituto, o psiquismo tende a prolongar a existência do objeto perdido, evocando

e hipercatexizando cada lembrança e expectativa. Assim, o processo de desligamento da libido deve ocorrer com cada um desses elementos até que o trabalho de luto seja concluído, permitindo que o ego fique outra vez “livre e desinibido”.

Segundo Freud, a condição contrária ao luto é a melancolia, sendo que a diferença reside no fato de que a última é vivenciada no plano do inconsciente. Enquanto a perda no luto é relativa a um objeto, na melancolia ela se associa a parte do ego.

### **Aspectos metodológicos**

Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa que empregou o método de análise de conteúdo por categorias temáticas.

Foi realizado na enfermaria do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, situado em São Paulo (SP), com familiares do sexo feminino, cuidadoras principais de idosos com diagnóstico de afasia.

As entrevistas foram realizadas no período de novembro a dezembro de 2007 na enfermaria de Geriatria. A escolha dos pacientes foi realizada através da leitura dos prontuários de todos os idosos que estiveram internados nesse período, sendo selecionados apenas aqueles que tinham diagnóstico de afasia feito por fonoaudiólogas. Os familiares desses pacientes foram convidados a participar deste estudo, sendo esclarecidos sobre todas as implicações da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que descreve os objetivos da pesquisa, corrobora a ausência de gastos por parte do entrevistado, assegura o sigilo das informações e dá liberdade para que o entrevistado renuncie à sua participação em qualquer momento da entrevista.

Como instrumento para coleta de dados foi elaborada uma entrevista semi-estruturada com quatro questões abertas que abordaram a concepção que o cuidador tinha acerca de sua relação com o paciente; as reações ao constatar suas dificuldades de comunicação; as formas de comunicação utilizadas; e as sensações e sentimentos despertados

durante a conversa com o paciente. Durante as entrevistas, os relatos foram transcritos com o consentimento dos participantes. Os dados obtidos foram analisados segundo seus conteúdos discursivos a partir de categorias temáticas, que segundo Bardin (1977), é uma das várias formas de aplicação da técnica de análise de conteúdo, na qual o texto é desmembrado e reagrupado em categorias de acordo com temas análogos

Visando assegurar o sigilo pessoal dos entrevistados, estes serão identificados apenas pelas iniciais de seus nomes.

## Material clínico

### Caracterização da população

Participaram deste estudo 5 indivíduos, cujo laço de parentesco predominante é o de filiação. Todos os sujeitos são do sexo feminino, residem com o paciente e são seus cuidadores principais.

### Análise das categorias temáticas

As respostas cujos temas predominaram foram analisadas e agrupadas em 3 categorias sendo elas: vivência subjetiva da relação; sentimentos do cuidador; e fatores de readaptação.

### *Vivência subjetiva da relação*

De acordo com Cattani e Girardon-Perlini (2004), quando o cuidador de um idoso dependente é, ao mesmo tempo, um familiar, o ato de cuidar é inevitavelmente atravessado pela forma como se constituiu a relação entre os dois membros ao longo da vida.

Quando questionados sobre a relação que têm com os pacientes, todos os entrevistados conferiram um aspecto positivo e se reportaram

à forma como a relação se configurou ao longo de suas vidas. Dentre os cinco entrevistados, três relataram que a relação sempre foi boa, não havendo mudanças significativas mesmo após o distúrbio se instalar:

*Olha, nós temos boas relações entre eu e ele, é uma relação estável, boa. Ele sempre foi assim, risonho, brincalhão, e ele continua sendo. A gente sempre se deu muito bem, ele é uma pessoa calma, fácil de lidar. (L.M.)*

*Nossa relação é muito boa, pois ela se preocupa muito com os filhos. Sempre se preocupou. (T.L.)*

*É uma relação muito boa. Procuro sempre conversar com ela. Antes ela morava sozinha, aí depois veio morar comigo, depois que eu casei. Ela até foi minha madrinha de casamento! (M.S.)*

Já outros dois entrevistados, ao se recordarem de como era a relação anteriormente, referiram transformações dos vínculos após se tornarem cuidadores de seus respectivos familiares:

*(...) antes ele era muito sério, bravo, quando eu era criança né... Eu nunca vi meu pai me pegar no colo. Nunca me fez um carinho, e eu sentia falta naquela época, né (...) agora não sinto mais aquela carência, e eu converso bastante com ele, agrado... (N.S.)*

*A convivência é mais comigo. O relacionamento... as coisas nunca para ela estava bom. Sempre me criticava, exigia e por dentro eu ficava remoendo. (...) Parei de ficar magoada com ela. Hoje eu procuro pensar nas coisas boas dela. Acho que a doença nos aproximou. (J.T.)*

Segundo Bonini, “a afasia pode provocar tanto um estreitamento, quanto um distanciamento dos laços familiares” (1998, p. 11). Entretanto, para a autora, a forma como a doença vai repercutir nos relacionamentos familiares não depende apenas do tipo de vínculo que foi formado, mas também da forma particular como cada membro reagirá em resposta ao evento perturbador.

Além disso, a autora atenta para a importância de se reconhecer o modo de funcionamento da família e o significado que o sintoma linguagem ocupa nessa dinâmica, uma vez que tais aspectos vão nortear o rumo do processo terapêutico. Segundo Bonini (ibid.), a afasia provoca um desequilíbrio na homeostase familiar, de forma que, antes de alcançar um reajustamento dos papéis, ela passará por um processo de mudanças de atitudes e reações variadas.

São essas mudanças na dinâmica familiar que possibilitam até mesmo uma melhora nos vínculos afetivos, uma vez que relações podem ser ressignificadas através da reorganização dos lugares que cada membro costumava ocupar. Nos dois casos citados acima, é possível perceber que a mudança de papéis possibilitou a dissolução de mágoas no momento em que os cuidadores puderam vivenciar outro tipo de relação com seus pais, o que permitiu uma atualização de sentimentos mais primitivos.

### *Sentimentos do cuidador*

Segundo Ponzio, Lafondi, Degiovani e col. (apud Bonini, ibid.), alguns sentimentos experimentados pelo cuidador como culpa, constrangimento e angústia, dentre outros, podem impedir um bom prognóstico para a reabilitação do paciente.

Dentre os sentimentos encontrados nas falas dos entrevistados duas subcategorias foram ressaltadas: angústia perante não entendimento da fala do paciente e luto pelo que o paciente era.

#### Angústia perante não entendimento da fala do paciente

Outro sentimento muito relatado pelos entrevistados se refere a uma forte angústia quando não conseguiam entender o que o paciente dizia, e principalmente do que ele necessitava. Segundo os entrevistados, esse sentimento era mais recorrente logo que o paciente começava a apresentar a alteração na comunicação.



*Me sentia muito mal, porque você quer entender o que a pessoa ta tentando falar e não consegue. Não conseguir entender o que a pessoa quer realmente, me deixava muito mal, porque é muito difícil. (L.M.)*

*Fiquei muito chateada de ela perder a voz porque aí não dá para saber direito o que ela está sentindo, o que ela quer. (M.S.)*

*Eu ficava muito triste porque queria saber as coisas, o que ele falava, para atendê-lo melhor. Mas como a gente não conseguia entender o que ele falava, ficava sem saber o que ele queria. (N.S.)*

Através dessas falas, podemos perceber o impacto que as alterações de linguagem causam no cuidador. De acordo com Michellini e Caldana (2005), a linguagem tem um importante papel nas áreas afetiva, social e ocupacional, de forma que um prejuízo nas capacidades de comunicação tem influência direta nas interações familiares e no convívio social.

A partir do momento em que um dos membros da família assume o papel de cuidador principal, ele está assumindo a responsabilidade de garantir o bem-estar daquele familiar, de garantir que suas principais demandas sejam supridas e assumindo a grande responsabilidade de ajudar o paciente na superação do problema. A questão da autonomia é sempre ressaltada como um dos principais aspectos na promoção do bem-estar emocional do paciente. Entretanto, como garantir que sua autonomia seja preservada se não há como entender o que o paciente realmente quer, do que ele precisa?

As respostas dos entrevistados demonstram que a falta de habilidade em se comunicar com o paciente é algo muito evidente logo que o distúrbio se instala. Isso porque, de acordo com Bonini, como a afasia “interrompe a comunicação bruscamente, sem aviso prévio, e freqüentemente de modo permanente, todo sistema de interações familiares é perturbado” (1998, p. 28). Assim, em um primeiro momento, o cuidador do paciente afásico se vê em uma situação em que não há perspectivas de cuidar efetivamente do outro, o que pode gerar sentimentos de fracasso e impotência ante o distúrbio.

Luto pelo que o paciente era

O advento da afasia na vida de uma pessoa traz diversas repercussões em seu estado emocional. Uma das reações que o paciente pode desenvolver ao tomar consciência de sua nova condição é o luto. Podemos notar esse sentimento de luto nas seguintes frases extraídas das entrevistas:

*Eu fiquei triste porque ele sempre foi um homem muito ativo, falante, esperto para escrever. (N.S.)*

*Assim... para mim foi difícil no começo, porque ele era uma pessoa muito extrovertida, saía, se comunicava com todo mundo, era muito comunicativo, e para ele deve estar sendo horrível não estar podendo falar. (L.M.)*

*Antes era ela que cuidava da casa dela, andava, falava muito, antes era normal, não gostava de ficar parada. (M.S.)*

*Conheço minha mãe com o livro na mão! E agora para uma coisa despertar a atenção dela tem que ser muito interessante. (J.T.)*

Esse sentimento de luto pode ser entendido como uma fase em que o paciente e seus familiares estão se preparando para a nova situação que se instalou em suas vidas, sendo que o rumo que esse processo tomar vai influenciar na readaptação e na reorganização das relações familiares e do enfrentamento do problema.

Segundo Freud, “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido” (1917, p. 275). Ou seja, o luto não está diretamente ligado à perda do objeto real, mas à concepção, imagem mental interligada a ele, é o que dele se perdeu. De acordo com Freud (ibid.), o luto é superado após certo período de tempo, diferente da melancolia, que sugere uma forma de reação patológica. Para ele, o trabalho do luto

consiste em fazer com que pouco a pouco o sujeito comece a se adequar à realidade, cessando o investimento de libido no objeto perdido, de modo a encontrar uma nova fonte de investimento.

Assim, quando um membro se defronta com a perda da comunicação do afásico, ele está ao mesmo tempo se defrontando com a perda de uma série de traços mentais que ao longo da vida foram sendo associados à imagem daquela pessoa. Através do luto, esse familiar vai elaborar a nova realidade a que se vê submetido: aquele mesmo sujeito comunicativo, extrovertido, intelectualizado e independente guarda pouquíssimos traços do que era antes, não só pelas limitações que o distúrbio acarreta, mas também pelo seu próprio estado emocional.

#### *Fatores de readaptação*

De acordo com Cattani e Girardon-Perlini (2004), a construção do papel de cuidador é realizada no enfrentamento diário, conforme o indivíduo vai aprendendo a identificar e lidar com as demandas do idoso. Os autores citam um estudo realizado por Girardon-Perlini sobre cuidadores principais de pacientes que se tornaram dependentes após sofrerem um AVC, e mostram que tais cuidadores foram aprimorando seus conhecimentos sobre o paciente e a melhor forma de cuidá-lo através dos erros e acertos obtidos das práticas do dia-a-dia.

No caso dos sujeitos desta pesquisa, duas categorias emergiram como os principais fatores que levaram à readaptação: o conhecimento sobre o distúrbio e a empatia pelos sentimentos do paciente.

#### Conhecimento sobre o distúrbio

Ao se tornar afásico, o paciente necessita de uma série de cuidados que só podem ser realizados quando a família passa a compreender as demandas e limitações que estão em jogo. É nesse momento que o luto se faz necessário, a fim de que o familiar consiga se desligar da imagem que tinha do paciente antes do distúrbio e passe a aceitar sua nova condição, pois é esse reconhecimento, essa conscientização que possibilitam a readaptação do paciente e de seus familiares.

Freud (1917) explica que no processo de luto é necessário o confronto com a realidade, que é a realidade do objeto perdido. Através dos dados colhidos durante as entrevistas, foi possível perceber que um dos aspectos que mais ajudam o familiar a se ater aos dados de realidade é o conhecimento acerca do distúrbio, como demonstram as duas frases a seguir:

*Ah, eu já sabia que derrame trazia esses tipos de conseqüências, porque eu trabalho no pronto-socorro, então a gente vê né. Aí quando aconteceu com ele eu já sabia, tive que aceitar né. (N.S.)*

*Eu fui procurar a fono. Aí ela disse que isso era irreversível. Tivemos que aceitar. (M.S.)*

Segundo Machado (2004), familiares de afásicos costumam ter informações restritas quanto à afasia, sendo que orientações acerca da natureza do distúrbio, do diagnóstico e do prognóstico podem favorecer a percepção do cuidador sobre a alteração de linguagem ocasionando mudanças de atitudes tanto no paciente quanto no cuidador, o que traz impactos positivos na comunicação entre ambos. Para a autora, a falta de informação pode levar o cuidador a desenvolver expectativas irreais quanto ao reajuste do paciente. Podemos notar esse tipo de expectativa no seguinte trecho extraído de uma das entrevistas:

*No começo eu notei que a caligrafia estava ficando ruim. Ela escrevia cartas para os parentes do Nihon e parou de escrever. Eu escrevia as cartas e pedia ajuda para ela, mas ela dizia que estava ficando muito difícil. (...) Ela foi parando de ler, mas mesmo assim eu não cancelei a assinatura do SP Shimbun. (J.T.)*

A falta de informação sobre a afasia pode prejudicar tanto o cuidador quanto o paciente que, diante das solicitações de seu familiar, pode se sentir cada vez mais frustrado ao perceber suas limitações para realizar o que o outro está pedindo. Tais atitudes podem realçar

sentimentos de inutilidade, incapacidade e baixa auto-estima, o que favorece o desenvolvimento da depressão e dificulta o processo de readaptação.

#### Empatia pelo sentimento do paciente

No processo de readaptação do paciente afásico, um dos aspectos que mais contribui para a superação do problema é a empatia dos familiares.

Segundo Bonini (1998), a perda da linguagem enquanto meio mais eficiente de comunicação remete o afásico a uma situação de isolamento perante seu meio social, já que seus pensamentos e sentimentos ficam restritos a ele mesmo.

Ao passo que o cuidador tende a desenvolver a habilidade de perceber, captar, compreender as emoções e sentimentos do paciente, este é retirado do estado de total isolamento, possibilitando que tanto cuidador quanto paciente desenvolvam uma atitude de viver apesar da doença, ao invés de viver em função da doença, o que pressupõe um cuidado focalizado no indivíduo e não no distúrbio.

Dos cinco entrevistados, quatro demonstraram facilidade para compreender os sentimentos do paciente, como expresso nas seguintes frases:

*A sensação que eu tenho é que ele fica impaciente, ele quer falar e não consegue, isso deixa a pessoa nervosa, agitada. (L.M.)*

*Sei quando ela está com fome, quando está com dor, pela expressão dela. Sei quando está entendendo o que eu digo, quando quer que eu fique por perto. (M.S.)*

*A gente sabe o que ela está sentindo. Quando ela está entendendo as coisas. Quando não está interessada ela fica apática, sonolenta. Quando está prestando atenção ela coloca o corpo mais para frente, fica com o olho bem aberto. (J.T.)*

*Percebo quando ela está desanimada... então procuro conversar, mostro desenhos, aí percebo que ela vai se animando de novo. (T.L.)*

Entretanto, como ressalta Bonini (ibid.), nem sempre o familiar consegue desenvolver tais atitudes para com o paciente, podendo ocorrer reações adversas, como indiferença e rejeição. Em contraposição, as relações norteadas pela empatia facilitam o desenvolvimento de padrões de comunicação funcional, tais como gestos, expressões corporais, faciais, apertos de mão para indicar sim e não, dentre outros recursos, revelando o nível de readaptação a que o paciente e seus familiares conseguiram chegar.

### Considerações finais

A afasia, enquanto alteração dos padrões de linguagem, é um problema que acomete tanto o indivíduo que dela sofre quanto as pessoas de seu convívio. Ela interfere no funcionamento da família, exigindo a reconfiguração dos papéis. Por ter um início súbito, não permite que ocorra uma preparação prévia para as mudanças nos padrões de vida e de relacionamento familiar que irão suceder.

A qualidade da relação entre o paciente afásico e seu cuidador, quando este é um de seus familiares, pode depender de como os vínculos foram construídos ao longo de suas vidas. Das pessoas entrevistadas, três relataram que a relação com o paciente sempre foi boa e que isso não mudou com o advento da afasia, enquanto duas referiram mudanças positivas nas relações, de modo a permitir maior aproximação nos laços afetivos.

Outro aspecto abordado diz respeito aos sentimentos do cuidador. Dentro dessa categoria, foram analisados os sentimentos de angústia ante o não entendimento da fala do paciente, que foi expresso por três dos entrevistados; e o luto pelo que o paciente era, que foi encontrado na fala de quatro dos entrevistados. O sentimento de angústia foi analisado como uma reação freqüente em decorrência da falta de preparo emocional para lidar com as limitações impostas pela afasia, e

o sentimento de luto foi entendido como um passo muito importante para a aceitação do paciente, de modo que ajuda o familiar a se desvencilhar da antiga imagem que tinha deste.

A terceira categoria analisou de que forma o conhecimento sobre o distúrbio e a empatia pelos sentimentos do paciente podem levar o afásico e seus familiares à readaptação, sendo que o acesso às informações a respeito da afasia foi referido por dois sujeitos como agente facilitador da aceitação da doença, enquanto a atitude de empatia, expressa por quatro entrevistados, demonstra favorecer a reinserção do paciente nas interações sociais.

Deste modo, é possível perceber a importância que a família tem na reabilitação do paciente com afasia e o quanto as repercussões psicológicas se mostram tangíveis nesse contexto. Tendo em vista as várias dimensões da vida que são afetadas por esse distúrbio, torna-se cada vez mais importante que seu tratamento contemple essas variáveis através de um enfoque interdisciplinar.

## Referências

- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- BONINI, D. (1998). O Papel da família na reabilitação do paciente afásico. *Revista CEFAC*. Disponível em: [www.cefac.br/library/teses/](http://www.cefac.br/library/teses/). Acesso em 08 jul. 2007.
- CATTANI, R. B. e GIRARDON-PERLINI, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em 15 set. 2007
- COSTA, A. M. da e DUARTE, E. (2002). Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 10, n. 1.

- FREUD, S. (1923). “O Ego e o Id”. *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago.
- FREUD, S. (1916). “Parapraxias – Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência IX)”. *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago.
- \_\_\_\_\_. (1917). “Luto e Melancolia, 1917”. *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago.
- GIL, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Atlas.
- \_\_\_\_\_. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Atlas.
- JERUSALINSKY, A. (2001). Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista: “Envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica”. Curitiba. Ano V, n. 5.
- MACHADO, T. H. (2004). Eficácia de um programa de orientação para cuidadores de afásicos em população brasileira. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: [portaldoenvelhecimento.net](http://portaldoenvelhecimento.net). Acesso em 12 ago. 2007.
- MICHELINI, C. R. da S. e CALDANA, M. de L. (2005). Grupo de orientação fonoaudiológica aos familiares de lesionados cerebrais adultos. *Revista CEFAC*, v. 7, n. 2. Disponível em: <http://www.cefac.br/revista/revista72/Artigo%201.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2007.
- NEGRÃO, A. M. G. e BARILLE, M. A. C. (2003). Afasia: uma interface entre a fonoaudiologia e a psicologia. *Lato & Sensu*, v. 4, n. 1. Disponível em: [http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/128.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/128.pdf). Acesso em: 09 jun. 2007.
- PRESTES, V. M. M. (1998). Afasia e plasticidade cerebral. *Revista CEFAC*. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses>. Acesso em 09 set. 2008.
- RABELO, D. F. e NERI, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 2.



SOUZA, P. M. L. de (2005). Afasia: Como intervir? Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0260.pdf>. Acesso em 24 jun. 2007.

*Data de recebimento: 22/6/2008; Data de aceite: 5/8/2008.*

---

**Luciana Kiyam** – Psicóloga graduada pela Faculdade de Psicologia da Universidade São Marcos. Bolsista pelo IAMSPE. E-mail: [luciana.kiyam@yahoo.com.br](mailto:luciana.kiyam@yahoo.com.br)

**Débora Paro Guimarães Silva** – Psicóloga graduada pela Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsista pela FUNDAP. E-mail: [deborapgs@uol.com.br](mailto:deborapgs@uol.com.br)

**Kátia da Silva Wanderley** – Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Chefe da Seção de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual. E-mail: [Katizpsi@uol.com.br](mailto:Katizpsi@uol.com.br)