

# ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PARCERIA COM O “PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA” JUNTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO\*

*Speech therapy intervention associated to the “family doctor program” for cerebrovascular diseased patients*

*Ana Maria Domingues de Oliveira Belleza<sup>1</sup>*

*Vanessa Sobral Calegari<sup>2</sup>*

*Ana Paula Romera Raggio<sup>3</sup>*

*Gisele Helena Massoni de Andrade<sup>3</sup>*

## RESUMO

**Objetivo:** identificar dentre os portadores de seqüelas de acidente vascular encefálico, enquadrados pelo “Programa Médico da Família”, os portadores de afasia e/ou disfagia, a fim de determinar a importância da intervenção fonoaudiológica. **Métodos:** foram avaliados pacientes com até 6 meses de *ictus*, sem outros comprometimentos, através de visitas domiciliares realizadas por três fonoaudiólogas e uma atendente de enfermagem em três períodos de 4 horas semanais, durante 2 meses. **Resultados:** em 63 visitas, 11 pacientes foram excluídos, restando 52 para avaliação, sendo que 29 eram afásicos e 26 disfágicos. **Conclusão:** a intervenção fonoaudiológica se justifica diante do número de pacientes com disfagia e afasia encontrados na amostra pesquisada.

**Descritores:** Acidente cerebrovascular; Deglutição; Transtornos de deglutição; Afasia; Transtornos nutricionais; Custos hospitalares; Saúde pública; Médicos de família

## ■ INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm comparado a espécie humana com a espécie animal, e é inegável o fato de os animais superiores comunicarem-se usando vocalizações e gestos, diferenciando-se progressivamente no seu conteúdo e nas características, dependendo da evolução do seu sistema nervoso<sup>(1-6)</sup>. Porém, constata-se que a supremacia do homem em relação aos animais deve-se principalmente a duas habilidades: capacidade de expressar sua elaboração de idéias e pensamentos através dos símbolos da palavra (falada e escrita) e destreza no uso das mãos<sup>(7)</sup>.

Curioso é constatar que a evolução tanto da linguagem quanto da destreza manual está relacionada com agregados específicos de neurônios e vias em um hemisfério cerebral, o dominante, diferindo de outras atividades neurofisiológicas localizadas, organizadas num plano contralateral ou bilateral e simétrico; expressões verbais de raiva, alegria ou medo, acompanhadas de movimentos oculares e gestos corporais, são bilaterais e simétricas e podem ser preservadas até mesmo

\*Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da PUC de Sorocaba.

<sup>1</sup>Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Fonoaudióloga formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

<sup>2</sup>Fonoaudióloga com Aperfeiçoamento em Anomalias Craniofaciais, Motricidade Oral e Alterações de Fala e Linguagem pelo Hospital Cruz Vermelha de São Paulo.

<sup>3</sup>Fonoaudióloga com Aperfeiçoamento em Fonoaudiologia Clínica e Hospitalar pelo Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

após a destruição de áreas de linguagem do hemisfério cerebral dominante. A dominância de um dos hemisférios, em geral o esquerdo, emerge com a fala e a preferência pela mão direita, principalmente para escrever; a alteração no desenvolvimento ou a perda da dominância cerebral aparece como conseqüência de distúrbios que desestruturam essas duas características<sup>(1,7-9)</sup>.

Tendo em vista que humanos deglutem mais de 2.000 vezes por dia e durante a noite, não é de se estranhar que um distúrbio de deglutição cause tão grande inabilidade<sup>(10-12)</sup>, podendo-se imaginar a carga emocional e o impacto social que causam, aumentando ainda mais a sensação de incapacidade do indivíduo<sup>(9)</sup>, que, além da dificuldade em comunicar-se, sente-se relegado ao ostracismo, visto que faz parte da cultura dos humanos comemorar momentos de alegria diante de uma refeição<sup>(12)</sup>.

O cérebro é um órgão tanto do comportamento quanto como de toda a atividade psíquica interior: pensamento, imaginação e planos<sup>(1,7)</sup>. A comunicação permite a conexão a outras pessoas, promove a expressão de idéias e sentimentos e fornece a sensação de identidade e auto-estima<sup>(7)</sup>. Sentindo-se privado desta função fundamental, o paciente pode apresentar reações psicológicas intensas provocadas pela perda súbita da linguagem<sup>(13)</sup>, além de manifestar comportamentos neuropsiquiátricos associados à localização da lesão cerebral<sup>(7,14)</sup>, que podem ser confundidos com processos de demências<sup>(4,7,14-15)</sup>.

O acidente vascular encefálico (AVE) constitui a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América<sup>(16)</sup>, precedido pelas cardiopatias e o câncer<sup>(17)</sup>, com 500.000 novos casos relatados anualmente e cerca de 150.000 mortes a cada ano<sup>(16)</sup>. A maioria dos sobreviventes terá seqüelas neurológicas, fazendo do AVE a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental<sup>(17)</sup>.

Cerca de 40% a 50% desses pacientes apresentam sintomas significativos de disfagia<sup>(11,16,18-20)</sup>; 50% poderão aspirar em razão de proteção inadequada da via aérea e 20% poderão morrer de pneumonia aspirativa no primeiro ano<sup>(16)</sup>. Mais da metade dos pacientes que aspiram o fazem silenciosamente<sup>(16-21)</sup> com sintomas mascarados pela tentativa de compensação do distúrbio da deglutição e diminuição do reflexo de tosse laríngeo<sup>(17,22-25)</sup>, vindo a causar infecções respiratórias<sup>(16)</sup> e levando a óbito aproximadamente 10% a 15% dos pacientes nos anos seguintes<sup>(16)</sup>.

A maioria dos sobreviventes apresenta risco de desnutrição e desidratação, prejudicando sua reabilitação, levando a novas intercorrências, aumentando a permanência hospitalar e causando declínio funcional e seu conseqüente custo social<sup>(17,22-29)</sup> e comprometendo não só a qualidade de vida do paciente, como também podendo levar ao óbito<sup>(13,28,30-31)</sup>, ou impedindo a recuperação de uma fun-

ção neuromuscular suficiente para manter uma dieta regular<sup>(7,12-13,16,26)</sup>.

Com o objetivo de atender às necessidades cada vez maiores dessa população, que aumentou sensivelmente em número e importância<sup>(13,28)</sup>, e diante da emergência junto ao eminente colapso dos sistemas hospitalares e de saúde, diversos países se mobilizaram, ocasionando reformas e procurando desenvolver programas e projetos mais adequados à situação por processos adaptados às suas conjunturas<sup>(31)</sup>.

No final da década de 80, o Brasil atravessava um período de mudanças significativas: incertezas em sua política econômica (graves desajustes em suas finanças públicas e oscilações em suas taxas de crescimento); mudanças radicais do ponto de vista demográfico (declínio do crescimento populacional, da taxa de natalidade, crescimento nulo ou negativo para os grupos etários mais jovens decrescentes para as faixas de idade adulta e taxas crescentes para o grupo da terceira idade), exigindo cada vez mais ações de saúde voltadas para essa população (sabidamente geradora de maiores custos); uma transição no campo epidemiológico (evolução gradual dos problemas de saúde, caracterizados pela alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, para um predomínio das doenças não infecciosas ou também crônico-degenerativas), enfermidades de longa duração, gerando uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade<sup>(15,28,31-32)</sup>.

A reforma brasileira de saúde de 1988 produziu mudanças significativas no modelo de assistência pública, gerando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se implementou nos anos 90, propondo a criação de um sistema nacional de saúde, a descentralização (o gestor do sistema seria o executivo municipal) com a participação de todos os envolvidos (prestadores, trabalhadores, gestores e usuários)<sup>(31)</sup>.

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se com a formulação e o êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e formalizou-se numa reunião que ocorreu em Brasília, nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 sobre o tema "Saúde da Família", com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, municipais, consultores internacionais e especialistas em atenção primária. A partir dele se começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, buscando ações preventivas, seguindo a tendência mundial de redução da ocupação hospitalar<sup>(33)</sup>, aliviando a carência de leitos hospitalares, contribuindo para a prevenção de doenças, pela melhoria do quadro clínico, reduzindo custos, introduzindo a noção de área de cobertura e transferindo a prestação de serviços para unidades mais simples e para a própria residência dos cidadãos<sup>(31-34)</sup>.

O primeiro documento do programa estrutura o Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Programa Saúde da Família, Brasília, setembro de 1994) –, de onde são definidas as diretrizes e metas dos programas, a definição da área de abrangência (800 a 1.000 famílias por equipe, formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários), com âmbito da atenção a todos os elementos da família (cerca de 2.400 a 4.500 pessoas) e a demanda espontânea, organizada e gerada pelas ações educativas e coletivas. Foram então estabelecidas como metas nesse mesmo documento constituir e capacitar 2.500 equipes e beneficiar 2,5 milhões de famílias através de atendimento domiciliar, realizando um diagnóstico de saúde da comunidade, melhorando sua qualidade de vida e estimulando sua participação na busca das soluções. Outro referencial importante nessa reunião foi a experiência de Niterói, com o Programa Médico de Família<sup>(31)</sup>.

A partir de 1996, o PSF começa a ter uma integração maior com o PACS, apontando para uma fusão dos dois programas. Além de atendimento a consultas e realização de ações de saúde pública nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os médicos e outros profissionais podiam realizar o atendimento em domicílio, atendendo pacientes acamados, com dificuldades de locomoção, convalescentes, com doenças crônicas ou terminais, sendo que cada serviço possuía características próprias de acordo com o necessário e viável ao município<sup>(34)</sup>. Um princípio comum é a necessidade de participação ativa do paciente e da família, considerando-se fundamental a avaliação das condições e da disposição da família em seguir a prescrição<sup>(33-35)</sup>.

Apesar dos fatores que dificultavam a implementação do programa (a estrutura do Ministério da Saúde, centralizadora, a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos e as resistências corporativas), o órgão Comunidade Solidária (CS), com um conjunto de programas sociais voltados para populações carentes, foi um importante instrumento de legitimação e expansão do programa, além de ser o canal de articulação da saúde com outras áreas (trabalho, previdência, saneamento, entre outros), facilitando a adoção do PSF pelos Estados<sup>(33)</sup>.

O PSF evidenciou também um novo tipo de aliança na política de saúde: dos gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local) com técnicos externos à área da saúde (como os da CS e de organismos internacionais como a UNICEF e de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que influenciaram a formulação do programa)<sup>(33)</sup>.

Existem diversos serviços desse tipo no Brasil, e em 1997 foi criado o “Programa Médico da Família” da Prefeitura Municipal de Sorocaba, cuja atuação tem-se sa-

lientado e recebido a aprovação da população, motivando este estudo.

O atendimento Domiciliar ao Acamado do “Programa Médico da Família” da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba iniciou-se em 17 de dezembro de 1999, com objetivo de proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente e dos seus familiares, oferecendo atendimento personalizado, promovendo ações de saúde, higiene e nutrição, minimizando os efeitos das doenças crônico-degenerativas e neoplásicas e com isso valorizando o vínculo familiar, acompanhando pacientes estáveis (que não necessitam da complexidade tecnológica dos serviços hospitalares), e evitando assim infecções hospitalares e reduzindo internações.

O Programa está direcionado aos pacientes com dificuldades de locomoção, com comprometimento de sua autonomia funcional e que possuam um cuidador responsável. O gerenciamento operacional é feito através de uma central telefônica 0800 com teleatendimento a partir de demanda espontânea.

A equipe de trabalho é constituída por nove médicos (um coordenador médico, três geriatras, um fisiatra, dois oncologistas, um endocrinologista e um urologista), cinco enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem e sete motoristas com veículos equipados de rádio. Estão divididos em cinco equipes, atendendo sempre às cinco áreas geográficas predeterminadas, e realizando consultas médicas, coletas de exames laboratoriais, diagnose (como o eletrocardiograma), procedimentos de enfermagem e orientações gerais aos cuidadores.

No período de setembro a novembro de 2001, estavam cadastrados no Programa 1.654 pacientes, divididos em quatro grupos: o dos portadores de acidente vascular encefálico, constituído por 50% dos pacientes; o segundo grupo constituído por pacientes com lesões medulares, doença de Parkinson, doenças crônico-degenerativas e oncológicas, com 29% dos pacientes; o terceiro formado por pacientes com patologias osteoarticulares, com 26% dos pacientes, e o quarto grupo com senilidade e/ou demência, formado por 20% dos pacientes.

Em comunhão com um modelo mais humano e eficaz de atendimento à população, além da diminuição do custo social, torna-se evidente a importância da participação do fonoaudiólogo na luta por um sistema de saúde público e de qualidade para o país<sup>(34-37)</sup>. O conhecimento das seqüelas do AVE<sup>(1,38-41)</sup>, a compreensão do seu caráter neuropsiquiátrico<sup>(7)</sup> das conseqüências globais da afasia<sup>(1,38,42-44)</sup>, o gerenciamento da disfagia<sup>(44-56)</sup> e a fundamental orientação e o suporte às condutas de ajuda com certeza poderão melhorar a qualidade de vida do paciente, de seu cuidador e das pessoas que com eles convivem<sup>(57-60)</sup>. A partir dessa constatação, surge a necessidade de se conhecer essa

população, a fim de estabelecer um projeto de atendimento voltado para suas necessidades específicas.

O objetivo deste trabalho, portanto, é determinar a importância da presença do fonoaudiólogo junto aos pacientes com seqüelas de acidente vascular encefálico, portadores de afasia e/ou disfagia, enquadrados no “Programa Médico da Família”, a fim de oferecer subsídios para a intervenção fonoaudiológica nas condições de atuação do Programa.

## ■ MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de visitas domiciliares realizadas por três fonoaudiólogas, entre setembro e novembro de 2001, em três períodos de 4 horas semanais cada uma, durante 2 meses, com um roteiro preestabelecido, respeitando-se o agendamento do Programa e em companhia de uma atendente de enfermagem com conhecimento prévio do paciente.

Foram realizadas avaliações em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico com menos de 6 meses de *ictus* cadastrados pelo “Programa Médico da Família, independente de idade, sexo, raça, nível social ou escolaridade”, e excluídos os portadores de comprometimentos severos associados (visuais, auditivos, cognitivos ou mentais), previamente selecionados pelo Coordenador Médico do Programa, utilizando-se um protocolo de avaliação.

**Ética:** este trabalho foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEFAC (Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica) e foi considerado como sem risco, necessitando de consentimento livre e esclarecido obtidos antes de iniciarem-se as avaliações fonoaudiológicas. Número de aprovação 076/02.

Para avaliação, análise dos dados obtidos e supervisão da pesquisa foram realizadas reuniões semanais de duas horas entre as pesquisadoras.

A fundamentação teórica foi obtida através de livros e revistas indexadas nas bases localizadas na Biblioteca BIREME e através de terminal computadorizado ligado a Internet nos arquivos científicos, nos bancos de dados LILACS e Medline, além de pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da PUC de Sorocaba – SP.

## ■ RESULTADOS

Foram realizadas 63 visitas domiciliares, obtendo-se a avaliação numa amostra de 56 pacientes, pois 3 haviam mudado de domicílio, 2 estavam internados, 1 estava ausente e 1 havia falecido. Dentre os 56 pacientes, 4 foram excluídos, pois 3 manifestaram comportamentos de demência e 1 apresentava cegueira, restando assim uma amostra de 52 pacientes.

Dentre os 52 pacientes avaliados, 29 pacientes (55,8%) apresentavam afasia e 26 (50%) apresentavam disfagia.

## ■ DISCUSSÃO

Qualquer revisão a respeito de pacientes com AVE deve considerar o grande potencial de variação entre os sintomas; fatores como idade, raça, co-morbidades, complicações e tipos de AVE influenciam nos resultados encontrados<sup>(18)</sup>. Em se tratando da amostra em questão, apesar de alguns desses fatores constarem do protocolo de investigação, não são relevantes para o objetivo de estabelecer, através dos resultados, a importância da atuação do fonoaudiólogo, que sem dúvida se confirma de forma significativa, como poderemos analisar a seguir.

Sabemos que o AVE resulta em incapacidades funcionais significativas<sup>(14,23,25)</sup>, ocasionando, muitas vezes, uma deficiência (segundo a resolução da OMS)<sup>(29,35)</sup> caracterizada por dificuldades de mobilidade, cuidados pessoais, na alimentação, na comunicação, integração social e profissional, trazendo com isso sérias conseqüências ao estilo de vida e ao equilíbrio emocional do paciente<sup>(61)</sup>, pois gera dependência, exclui o indivíduo do papel de adulto ativo e o desconecta do mundo<sup>(15,38,42)</sup>. Em nossa pesquisa, conforme critério exigido para cadastramento no “Programa Médico da Família” (PMF), todos os pacientes eram portadores de seqüelas motoras e incapacidades funcionais diversas, contando com a atuação de um cuidador.

Cuidadores e familiares freqüentemente referiram sentimentos de insegurança e despreparo. Sabe-se que a alta hospitalar geralmente é concedida em um momento em que o paciente apresenta estabilidade clínica e com possibilidade de receber cuidados seqüenciais e contínuos. Porém, essa fase (extremamente importante levando-se em conta a recuperação espontânea)<sup>(43,46)</sup> é prejudicada, pois poucos são os que retornam ao lar com assistência por equipe multidisciplinar e cuidadores habilitados, tendo em vista as condições econômicas e os recursos humanos disponíveis<sup>(15,38)</sup>. Salienta-se aqui o papel fundamental de suporte que é oferecido pelo PMF, onde também a equipe de fonoaudiólogas teve a oportunidade de orientar a respeito do gerenciamento da disfagia, resultando em benefícios verificados posteriormente.

Quando o quadro de AVE vem acompanhado por uma disfagia, como aconteceu em 50% dos pesquisados, muitas alterações necessariamente vão ocorrer na vida do indivíduo e de sua família<sup>(42)</sup>.

A disfagia é freqüentemente associada à severidade do AVE e à piora do prognóstico. Mesmo sabendo-se que problemas na deglutição estão presentes na maioria dos pacientes com AVE agudo (em torno de 50%)<sup>(11,16,18,52,19)</sup>, com altos índices de recuperação<sup>(20)</sup>, muitos pacientes após 6

meses ainda não conseguem obter uma alimentação via oral segura (8 a 13%)<sup>(18)</sup>, tendo isso sido amplamente observado em nossa pesquisa, na medida em que 50% dos pacientes entre 1 e 6 meses de *ictus* permaneciam com disfagia. Apesar de a disfagia nos AVE tender a evoluir dentro de pouco tempo, é importante intervir mesmo na fase aguda, pois muitos persistem, acarretando complicações significativas<sup>(11-12,18,20,45,52)</sup>, tais como obstrução das vias aéreas, desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa, aumentando a taxa de mortalidade<sup>(18,24,26,28,44)</sup>.

O AVE também causa dificuldades na alimentação, na medida em que pode haver dificuldade ao colocar a comida no prato, levá-la à boca, manter uma postura funcional sentada, com uma capacidade de mastigar reduzida, independente da disfagia<sup>(12)</sup>. Esta era uma queixa freqüente entre pacientes e cuidadores, gerando preocupação relativa à perda de peso, sendo possível verificar que pacientes imobilizados apresentam grau de desnutrição maior, demonstrando que a reabilitação é importante não só para ganho funcional e de independência, mas para preservação da nutrição<sup>(26)</sup>. Pacientes que apresentem disfunção cognitiva podem estar incapacitados para comer, mesmo que a função de deglutição reflexa esteja intacta, podendo haver mudanças extremas nos reflexos laríngeos, decorrentes de diversas mudanças fisiológicas derivadas de fatores como inapetência, hipercapnia, hipóxia ou efeitos de medicações<sup>(5,13,58,62)</sup>, fatores que podem ter contribuído para o alto número de disfágicos de nossa amostra, superior ao encontrado na literatura<sup>(52)</sup>.

Sintomas como fechamento labial incompleto, incoordenação na movimentação da língua, *gap* anormal, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, alteração do comportamento vocal após a deglutição, atraso do trânsito oral e faríngeo, tosse antes, durante ou após a deglutição, inadequação da tosse voluntária, incompleto clareamento, disfonia, disartria e dispraxia, sintomas freqüentes salientados na literatura<sup>(18,19,23-24,54,57,59)</sup>, foram constatados durante a avaliação fonoaudiológica. Na pesquisa realizada encontramos pacientes com disfagia moderada e deglutição ineficiente segundo classificação de Silva (2000)<sup>(19)</sup>, com alteração nos mecanismos das fases oral e faríngea da deglutição, comprometendo a eficiência da deglutição e apresentando riscos evidentes de aspiração substancial<sup>(24)</sup>. Porém, o resultado desta pesquisa mostrou-se diferente, provavelmente pelas características das duas amostras, determinadas pelas exigências do PMF<sup>(19,53)</sup>.

Problemas de comunicação, associados ou não a dificuldades de deglutição, são freqüentes em indivíduos com seqüelas de AVE. A afasia causada por uma lesão focal compromete a compreensão e expressão da linguagem oral e escrita e, apesar de não afetar necessariamente habilidades cognitivas ou intelectuais, conduz o indivíduo ao isolamento

e à depressão. Em nossa amostra, o índice de 55,8% (29 em 52) de pacientes portadores de afasia (assim como os de disfagia) supera o encontrado na literatura (25 a 40%)<sup>(24,63-65)</sup>.

Tendo em vista que todos os pacientes têm seqüelas motoras e diversas incapacidades funcionais, pode-se pressupor, na amostra pesquisada, a presença em maior número de AVE unilaterais de grande proporção ou bilaterais ou múltiplos<sup>(52)</sup>.

Apesar das controvérsias entre autores sobre a relação da lesão com os achados clínicos, é constante a associação entre lesões do tronco cerebral e do córtex bilateral com disfagia. Entretanto, não se limita apenas a estas, mas pode se desenvolver em outras localizações como giro pré-central, giro frontal inferior e ínsula<sup>(45,66)</sup>.

Os extensos AVE unilaterais podem causar disfagia pela interrupção do trato corticobulbar<sup>(52)</sup>. O AVE de hemisfério direito e com lesão na região anterior do córtex cerebral ocasiona maior comprometimento da deglutição e alteração da fase faríngea do que AVE de hemisfério esquerdo com lesão mais posterior, onde o prejuízo maior é na fase oral<sup>(22,57)</sup>.

Lesões bilaterais favorecem a elevação e o fechamento incompleto da laringe, a redução da peristalse faríngea e aspiração<sup>(45,57)</sup>. O número de pacientes com AVE bilateral que aspiram é o dobro do daqueles com AVE unilateral, sendo freqüente a presença de tosse voluntária anormal, queixa constatada em nossa avaliação<sup>(22,24-25)</sup>. Entre os pacientes com lesões hemisféricas bilaterais, 54% têm aspiração, e entre os de tronco cerebral, cerca de 50%<sup>(24)</sup>.

Em pacientes com AVE de tronco cerebral de ocorrência em menor número, mas que comprometem mais a deglutição, também é muito freqüente a presença de transtornos motores (hemiplegia, ataxia, alterações de tônus muscular), porém estes podem se beneficiar muito em todos os aspectos com a reabilitação<sup>(23,52,54,57,59)</sup>.

Pacientes que desenvolvem pneumonia têm alta incidência de lesões encefálicas multifocais ou inespecíficas, de tronco cerebral ou subcorticais, antecedentes de problemas de vias aéreas e aspiração. A aspiração silenciosa parece ser um problema importante nesses pacientes, pois é alta a freqüência dentre os pacientes que aspiram, com parcela significativa apresentando lesões do hemisfério direito<sup>(18)</sup>.

O risco de infecção respiratória pode ser dez vezes superior em disfágicos que em não disfágicos<sup>(28)</sup>. Cerca de 20% poderão morrer de pneumonia aspirativa no primeiro ano<sup>(16)</sup>. Além disso, apesar da utilização da sonda nasogástrica ser um fator de prevenção de pneumonias, o contrário ocorre se o paciente estiver acamado<sup>(21,39)</sup>, devendo-se também evitar a retirada precoce da sonda<sup>(39)</sup>, sendo que muitas vezes houve a retirada da mesma pelos próprios familiares.

A reabilitação do lesado encefálico não significa excluir o déficit, mas alcançar a independência funcional do indivíduo, não só motora, mas de comunicação e alimentar, traduzindo-se por alimentação eficaz, de acordo com as possibilidades e a ausência de complicações clínicas. Este paciente deveria poder ter acesso com equidade aos serviços disponíveis à população: de saúde, educação e bem-estar social, porém, os portadores de deficiências estão em desvantagem, pois nem sempre esses serviços estão disponíveis para eles<sup>(61)</sup>. Entretanto, a assistência no domicílio estabelece um suporte em três dimensões: física (moradia e equipamento), psíquica (afeto, sentimentos e recordações) e social (família, vizinhos e amigos), fornecendo-se condições para que o lar faça parte do “arsenal terapêutico”<sup>(33)</sup>, assessorado pela atuação multidisciplinar, oferecida pelo PMF. Acreditamos que o contato mais próximo, frequente e pessoal, característica da relação terapêutica fonoaudiológica, inúmeras vezes tem contribuído junto à equipe para elucidar, descobrir e muitas vezes mudanças importantes de trajeto.

Desde os anos 80 vem crescendo o interesse pela Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) (*Community Based Rehabilitation – CBR*), culminando com o manual para agentes comunitários da Organização Mundial de Saúde; porém pouco se enfocou o importante papel que pode e deve exercer o fonoaudiólogo nesse processo<sup>(61)</sup>.

A participação formal do fonoaudiólogo junto à saúde pública é recente, desde 1989, coincidindo com a época da implantação do SUS, apesar do interesse nas ações de saúde ser antigo, visto que levou a Fonoaudiologia no Brasil, originária da Educação, cada vez mais a explorar e ganhar campo na área da Saúde<sup>(35)</sup>. Em São Paulo, a atuação fonoaudiológica nas UBSs iniciou-se em 1991, motivada pela perspectiva dessa demanda que se distinguiu da atuação típica em escolas, instituições ou clínicas<sup>(33-34)</sup>.

A importância dessa perspectiva vem ocasionando muitos eventos, relacionando a Fonoaudiologia à Saúde Pública<sup>(67-69)</sup> e a inserindo no novo conceito de Saúde, atuando não só na recuperação, como na promoção e proteção, ocasionando a elaboração de uma proposta de inclusão no Programa Saúde da Família, partindo-se do pressuposto que a comunicação é condição primordial para a inserção do homem na sociedade, para a manutenção da sua saúde e qualidade de vida, sendo evidente o prejuízo biopsicossocial na privação dessa faculdade<sup>(37,67-69)</sup>.

Discutir e exercer a fonoaudiologia como prática social, num universo conceitual e institucional diverso, com uma prática mais comprometida com as demandas sociais da área, buscando o aprimoramento técnico compatível com esta necessidade, tendo em vista a interdisciplinaridade e com isso redefinindo caminhos e ressignificando valores<sup>(34,37)</sup> é, sem dúvida, um desafio instigante<sup>(35,67)</sup>.

É necessária, portanto, uma redefinição do perfil profissional, para que este se adapte a esse tipo de trabalho, exigindo que esteja preparado para compartilhar conhecimentos com indivíduos não-especialistas, ouvindo suas necessidades reais, resolvendo problemas e treinando-os suprir estas necessidades através de estratégias específicas<sup>(61)</sup>. Para isso, é preciso disponibilidade pessoal dos profissionais, seu envolvimento com o programa e incorporação às mudanças propostas que implicam muitas vezes em alterações de postura e mentalidade<sup>(31,33,35,37-38)</sup>.

As dificuldades administrativas em Saúde Pública também limitam a autonomia para o desenvolvimento de uma série de trabalhos iniciados. Dessa forma, a vontade política é fundamental ao desenvolvimento de tal processo, no âmbito do investimento em formação de quadros e em recursos para área<sup>(35)</sup>. É fundamental a participação do fonoaudiólogo nas discussões das equipes de saúde da família, assim como a divulgação de pesquisas epidemiológicas<sup>(36,69)</sup>.

## ■ CONCLUSÃO

Na medida em que desnutrição, desidratação e intercorrências como pneumonia aspirativa costumam acompanhar o quadro de afasia/disfagia, e que essas intercorrências representam uma parcela importante no uso dos recursos destinados à Saúde, torna-se fundamental a intervenção do(a) fonoaudiólogo(a), influenciando nos índices de morbidade/mortalidade, contribuindo também para diminuição da permanência e do retorno hospitalar e, conseqüentemente, na redução de custos e melhora da qualidade de vida do paciente.

A intervenção fonoaudiológica seria importante, pois favoreceria a recuperação da linguagem e minimizaria as seqüelas da disfagia, contribuindo para diminuição da hospitalização, redução de custos, reintegração social e melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família.

Configura-se, diante da demanda encontrada, o enorme potencial de trabalho que existe para o(a) fonoaudiólogo(a), oferecendo novos desafios, instigando o aperfeiçoamento e conduzindo à busca de novas condutas e estratégias específicas ao atendimento em Saúde Pública.

**ABSTRACT**

**Purpose:** to identify among patients with sequels of cerebral vascular disease from “Family Doctor Program” those who had aphasia and/or dysphagia in order to verify the importance of speech therapy intervention. **Methods:** there were evaluated patients with 6 months of *ictus*, presenting no other damages. The evaluations were done at homecare sessions by three speech therapists and one auxiliary nurse for a four-hour period, three times a week, for two months. **Results:** after 63 sessions we discarded 11 patients and evaluated 52, being 29 aphasic and 26 with dysphagia. **Conclusion:** the speech therapy intervention is justified because it was found many patients presenting dysphagia and aphasia.

**Keywords:** Cerebrovascular accident; Deglutition; Deglutition disorders; Aphasia; Nutrition disorders; Hospital costs; Public health; Family physicians

**REFERÊNCIAS**

- Sarno JE, Sarno MT. As conseqüências físicas do AVC. In: Sarno JE. Derrame tratamento e prevenção. São Paulo: IBRASA; 1977. p. 47-82.
- Darwin C. A origem das espécies. São Paulo: Hemus; 1981.
- Doretto D. Fisiopatologia do córtex cerebral. In: Doretto D. Fisiopatologia clínica do sistema nervoso: fundamentos da semiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 359-428.
- Adams R, Victor M, Ropper AH. Principais manifestações das doenças neurológicas - distúrbios da fala e da linguagem. In: Adams R, Victor M, Ropper AH, Cruz Junior AJ, Melgaço A, Cosendey CHA et al. Neurologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1998. p. 313-36.
- Eibling DE. Organs of swallowing. In: Carrau RL, Murry T, editors. Comprehensive management of swallowing disorders. London: Singular; 1999. p. 11-21.
- Macedo Filho ED. Conceitos e fisiologia aplicada da deglutição. In: Macedo Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G, organizadores. Disfagia abordagem multidisciplinar. 2ª ed. São Paulo: Frôntis; 2000. p. 20-7.
- Adams R, Victor M, Ropper AH. Delírio e outros estados confusionais agudos. In: Adams R, Victor M, Ropper AH, Cruz Junior AJ, Melgaço A, Cosendey CHA et al. Neurologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1998. p. 270-6.
- Murdock BE, Afford RJ, Ling AR, Ganguley B. Acute computadorized tomographic scans: their value in the localizations of lesions and as prognostic indicators in aphasia. J Commun Disord 1986;19:311-45.
- Coyle JL, Rosembek JC, Kimberly AC. Pathophysiology of neurogenic oropharyngeal dysphagia. In: Carrau RL, Murry T, editors. Comprehensive management of swallowing disorders. London: Singular; 1999. p. 93-108.
- Carrau RL. The otolaryngologist's perspective. In: Carrau RL, Murry T, editors. Comprehensive management of swallowing disorders. London: Singular; 1999. p. 33-8.
- Mann G, Dlp PG, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke -prognosis and prognostic factors at 6 monthd [commented on ACP J Club 1999;131:51]. Stroke 1999;30:744-8.
- Westergreen A, Ohlsson O, Rahm Halberg I. Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. J Adv Nurs 2001;35:416-26.
- Seiler WO. Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subjects. Nutrition 2001;17:496-8.
- Adams R, Victor M, Ropper AH. Os lobos límbicos e a neurologia da emoção. In: Adams R, Victor M, Ropper AH, Cruz Junior AJ, Melgaço A, Cosendey CHA et al. Neurologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1998. p. 336-44.
- Mansur LL, Luiz MOR. Distúrbios de linguagem: afasias. In: Russo IP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 101-19.
- Murry T, Carrau RL, Eibling DE. Epidemiology of swallowing disorders. In: Carrau RL, Murry T, editors. Comprehensive management of swallowing disorders. London: Singular; 1999. p. 3-4.
- André C. Importância e epidemiologia. In: André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 5-6.
- Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia 2001;16:7-18.
- Silva RG, Vieira MM. Disfagia Orofaríngea neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In: Macedo Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G, organizadores. Disfagia abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Frôntis; 2000. p. 165-72.
- Hamdy S, Rothwell JC, Aziz Q, Thompson DG. Organization and reorganization of human swallowing motor cortex; implications for recovery after stroke. Clin Sci (Lond) 2000;91:151-7.
- Nakajoh T, Nakagawa T, Sekizawa K, Matsui T, Arai H, Sasaki H. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. J Intern Med 2000;247:39-42.
- Horner J, Massey EW. Silent aspiration following stroke. Neurology 1998;38:317-9.
- Veis SL, Logemann JA. Swallowing disorders in person with cerebrovascular accident. Arch Phys Med Rehabil 1985;66:372-5.
- Smith Hammond CA, Goldstein LB, Zajac DC, Gray L, Davenport PW, Bolser DC. Assesment of aspiration risk in stroke patients with quantification of voluntary cough. Neurology 2001;56:502-6.

25. Horner J, Massey EW, Brazer S. Aspiration in bilateral stroke patients. *Neurology* 1990;40:1.686-8.
26. Unosson M, Ek AC, Bjurulf P, Von Shenck H, Larsson J. Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke* 1994;25:366-71.
27. Spiegel JR, Sataloff RT, Selber J. Dysphagia in elderly. In: Carrau RL, Murry T, editors. *Comprehensive management of swallowing disorders*. London: Singular; 1999. p. 369-75.
28. Sala R, Muntó MJ, Calle J, Preciado I, Miralles T, Cortés A, et al. Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular: incidencia, historia natural y repercusiones sobre el estado nutricional, la morbilidad e la mortalidad. *Rev Neurol (Barcelona)*1998;27:759-66.
29. Waitzberg DL, Watanabe RLH. Avaliando o custo-benefício da terapia nutricional. *Nutrição em pauta [periódico on-line] set/out 2001*. [citado 2001 Set 27]. Disponível em: URL: <http://www.nutricaoempauta.com.br/novo/50/entp.arent.html>
30. Rangel FB. *Disfagia no adulto papel do fonoaudiólogo e nutricionista [dissertação]*. São Paulo (SP): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC);1998.
31. Viana ALA, Dal Poz MR. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. [relatório final]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva; 1998.
32. Adams R, Victor M, Ropper AH. *A neurologia do envelhecimento*. In: Adams R, Victor M, Ropper AH, Cruz Junior AJ, Melgaço A, Cosendey CHA et al. *Neurologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1998. p. 402-9.
33. Hospital Geral. *Histórico da Assistência Domiciliar [on-line] [citado 2002 Fev 3]*. Disponível em: URL: [domic/historico.htm](http://domic/historico.htm).
34. Conselho Regional de Fonoaudiologia/SP. *Comissão de saúde. Assistência domiciliária e a fonoaudiologia. Fonoaudiologia [periódico online] 2001;44:[2 telas]*. Disponível em: URL: [www.fonosp.org.br/eclical/44/edicao\\_44asp](http://www.fonosp.org.br/eclical/44/edicao_44asp)
35. Mendes, VL. *Fonoaudiologia nas unidades básicas de saúde - a relação com o usuário [dissertação]*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
36. Vaz CN. *II Fórum de Fonoaudiologia em saúde pública. Fonoaudiologia [periódico online] 2001;44:[2 telas]*. [citado 2001 Nov 19]. Disponível em: URL: [http://www.fonosp.org.br/edicao\\_44/44sande](http://www.fonosp.org.br/edicao_44/44sande)
37. Babalanowa J, Derntl A, Okada HH. *Atendimento fonoaudiológico domiciliário para idosos: uma realidade na rede pública. Fonoaudiologia [periódico online] 2001;41:[2 telas] [citado 2001 jan 9]*. Disponível em: URL: [http://www.fonosp.org.br/edicao\\_41/41artigo.asp](http://www.fonosp.org.br/edicao_41/41artigo.asp)
38. Chinellato MV. *Importancia otorgada a los factores que intervienen en el pronostico de pacientes afásicos adultos según fonoaudiólogos que ayam trabajado com dichos pacientes procedentes de efectores de salud publicos y privados de la ciudad de Rosário [dissertation]*. Argentina: Universidad de Rosário, Facultad de Ciencias Medicas, Escuela de Fonoaudiologia; 2000.
39. Radanovic M. *Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. Arq Neuropsiquiatr* 2000;58:99-106.
40. André C. *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
41. U.S. Department of Health and Human Services. The National Women's Health Information Center. *Heart Disease and Stroke in Woman*. Washington, DC: Office on Women's Health [cited 2002 Jan 1]. Available from: URL: <http://www.4moman.gov/cemh/pub/heart%20clisease/index.htm>
42. Clark LW. *Communication disorders: what to look for, and when to refer. Geriatric* 1994;49:51-7.
43. Basso A. *Fatores de prognóstico em afasia*. In: Rodrigues N, Mansur LL, organizadores. *Temas em neuropsicologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropatias Periféricas; 1993. p. 63-77.
44. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ, Mandel FI, Lesser ML. *Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial [commented on Neurology 1995;45:1786-8]*. *Neurology* 1994;44:1.655-60.
45. Rodrigues KA, Vidigal MLN. *Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico: estudo preliminar sobre a relação entre os sinais e sintomas e a localização da lesão: revisão da literatura. Fono Atual* 2000;12:8-16.
46. Hamdy S, Rothwell JC, Aziz Q, Thompson DG. *Organization and reorganization of human swallowing motor cortex: implications for recovery after stroke. Clin Sci (Lond)* 2000;98:151-7.
47. Miller AJ. *Neuroscientific principles regions of swallowing regions other than the brain stem affecting swallowing and dysphagia*. In: Carrau RL, Murry T, editors. *Comprehensive management of swallowing disorders*. London: Singular; 1999. p. 51-6.
48. Baser SM. *The speech-language pathology perspective: the clinical swallow examination*. In: Carrau RL, Murry T, editors. *Comprehensive management of swallowing disorders*. London: Singular; 1999. p. 51-6.
49. Logemann JA. *The role of the speech language pathologist in the management of dysphagia. Otolaryngol Clin North Am* 1988;21:783-8.
50. Murry T. *Therapeutic intervention for swallowing disorderer*. In: Carrau RL, Murry T, editors. *Comprehensive management of swallowing disorders*. London: Singular; 1999. p. 245-8.
51. Marchesan IQ. *Deglutição - normalidade*. In: Furkim AM, Santin CS, organizadoras. *Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Pró-fono*; 1999. p. 3-18.
52. Furkim AM, Santini CS. *Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Pró-Fono*; 1999.
53. Furkim AM, Silva RG. *Programas de reabilitação em disfagia neurogênica*. São Paulo: Frôntis; 1999.
54. Cook IJ, Kahrilas PJ. *AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. Gastroenterology* 1999;116:455-78.
55. Molseed L. *Diet modification*. In: Carrau RL, Murry T, editors. *Comprehensive management of swallowing disorders*. London: Singular; 1999. p. 237-41.
56. Silva RG. *Reabilitação fonoaudiológica na disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: educação*

- continuada como princípio. In: Macedo Filho. E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G, organizadores. Disfagia abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Frôntis; 2000. p. 145-52.
57. Pardoe EM. Development of a multistage diet for dysphagia. *J Am Diet Assoc* 1993;93:568-71.
  58. Buchholz DW. Dysphagia associated with neurological disorders. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1994;48:143-55.
  59. Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evolution and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 2000;61:2.453-62.
  60. Bisch EM, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrillas PJ, Lazarus CL. Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity and temperature in patients with dysphagia resulting from neurologic impairment and in normal subjects. *J Speech Hear Res* 1994;37:1.041-9.
  61. Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000.
  62. Wirz S, Lichtig I. Há lugar para a fonoaudiologia na reabilitação baseada na comunidade? *Pró-fono* 1998;10:78-86.
  63. Campbell-Taylor I. Drogas, disfagia e nutrição. *Pró-Fono* 1997;9:46-51.
  64. Ferro JM, Madureira S. Aphasia type, age and cerebral infarct localisation. *J Neurol* 1997;244:505-9.
  65. Horowitz DR, Tuhim S. Stroke mechanisms and clinical presentation in large subcortical infarctions. *Neurology* 1997;49:1.538-41.
  66. Peters JF. The incidence of aphasia resulted by stroke. <naa@aphasia.org> [mensagem pessoal]. [citado 2002 Nov 04]. 04/11/2002. Mensagem recebida por <ambelleza@uol.com.br>
  67. Zald DH, Pardo JV. The functional neuroanatomy of voluntary swallowing [commented on *Ann Neurol* 1999;46:279-80]. *Ann Neurol* 1994;46:281-6.
  68. Conselho Regional de Fonoaudiologia/SP. Elaborado documento sobre inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família Fonoaudiologia [periódico on-line] 2001;45:[1 tela],[citado 2001 Maio 11]. Disponível em: URL: [http://www.fonosp.org.br/edicao45/45\\_sande.asp](http://www.fonosp.org.br/edicao45/45_sande.asp)
  69. Conselho Regional de Fonoaudiologia/SP. Evento na Câmara discute. Fonoaudiologia na Saúde Pública Fonoaudiologia [periódico online] 2002;45:[2 telas]. Disponível em: URL: <http://www.fonosp.org.br/edicao46/46lcis.asp>

Recebido para publicação em: 25/08/2002

Aceito em: 18/11/2002

Endereço para correspondência

Nome: Ana Maria Domingues de Oliveira Belleza

Endereço: Rua Henrique Lambertini, 61/2 – CEP: 18031-020 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 233-7529

e-mail: ambelleza@uol.com.br