

# Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do Acidente Vascular Cerebral

## Hospital bedside language assessment in post stroke patients

## Evaluación de lenguaje de los pacientes en la cama de hospital después de Accidente Cerebrovascular

Stefanie Melo Lima\*

Irani Maldonade\*

### Resumo

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral é apontado como uma das principais causas de óbito, além de ser a patologia que mais causa incapacidade funcional. Dentre as sequelas, estão as alterações de linguagem. Assim, torna-se importante conhecê-las ainda no leito hospitalar. **Objetivo:** Traçar o perfil dos pacientes internados após o acidente vascular cerebral e identificar comprometimentos da linguagem. **Método:** Foram avaliados 11 pacientes pós-AVC internados, que apresentaram nível de consciência suficiente para realização da avaliação de linguagem através da aplicação de um roteiro semi estruturado. **Resultados:** Encontrou-se maior ocorrência do acidente vascular cerebral isquêmico. O acidente vascular cerebral foi mais frequente entre 40 a 49 anos, não havendo diferenças em relação ao gênero. As avaliações de linguagem apontaram diferentes comprometimentos: a) a linguagem verbal e mista (gestual e verbal) ocorreram na mesma proporção; b) a compreensão da linguagem estava preservada na maioria dos casos, assim como a manutenção do tópico discursivo no diálogo; c) 4 pacientes não conseguiram introduzir novo tópico discursivo, apenas 6 conseguiram formar frases completas e 9 apresentaram alterações fonoarticulatórias e/ou vocais. **Conclusão:** A aplicação do roteiro ainda no leito hospitalar possibilitou identificar as principais alterações de linguagem, apoiar as orientações feitas pelo fonoaudiólogo aos familiares e aos profissionais de saúde que atendem o paciente no hospital. Avaliar a linguagem no leito hospitalar é imprescindível para referendar o relatório de alta hospitalar e encaminhar, quando necessário, os pacientes para iniciar a reabilitação no momento adequado.

\*Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – Campinas - SP – Brasil.

**Contribuição dos autores:** SML elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo. IM orientação e redação do projeto.

**E-mail para correspondência:** Stefanie Lima - sml.stefanie@gmail.com

**Recebido:** 26/04/2016

**Aprovado:** 09/11/2016

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Linguagem; Pacientes Internados; Fonoaudiologia

### Abstract

**Introduction:** Stroke is considered one of the principal causes of death or functional disability. Language disorders are among the possible symptoms that can result from a stroke. Therefore, it is important to include language in speech and language pathology hospital bedside assessment. **Objective:** To draw a profile of hospitalized patients after the stroke and to identify their language disorders **Method:** 11 patients hospitalized after stroke, with adequate level of consciousness to perform the language evaluation, were assessed by a semi-structured interview. **Results:** A higher incidence of Ischemic Cerebral Vascular Accident was found. Stroke was more frequent between 40 to 49 years, when there were no differences regarding gender. Language assessment pointed to different impairments: a) the verbal and mixed language (sign and verbal) happened in the same proportion; b) in most of the cases, language comprehension was preserved, as well as the maintenance of the discursive topic in the dialogue; c) 4 patients did not manage to introduce new discursive topic, 6 managed to form complete sentences and 9 presented phonoarticulatory and/or vocal alterations. **Conclusion:** Script application still in hospital bedside made possible to identify the main language disorders, to support the speech therapist guidelines to family members and health professionals who treat the patient in the hospital. To assess the language in the hospital bedside is essential to ratify the report of hospital discharge and to direct, when necessary, the patients to start the rehabilitation at the appropriate moment.

**Keywords:** Stroke; Language; Inpatients; Speech, Language and Hearing Sciences

### Resumen

**Introducción:** El accidente cerebrovascular es considerado una de las principales causas de óbito, y es la patología que causa más incapacidad funcional. Entre las secuelas están los trastornos del lenguaje. **Objetivo:** Trazar el perfil de los pacientes internados después del accidente cerebrovascular y identificar alteraciones del lenguaje. **Método:** Se evaluaron a 11 pacientes hospitalizados debido al accidente cerebral, que tenían un nivel de conciencia suficiente para realizar la evaluación del lenguaje mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada. **Resultados:** La más alta incidencia de accidente cerebrovascular fue el de tipo isquémico y en sujetos con edades entre 40 y 49 años, sin diferencias de género. Las evaluaciones de lenguaje mostraron diferentes trastornos: a) el lenguaje verbal y mixto sucedió en la misma proporción; b) la comprensión del lenguaje se presentó conservada en la mayoría de los casos, así como el mantenimiento del tema discursivo en el diálogo) 4 pacientes no introdujeron nuevo tema discursivo, 6 fueron capaces de formar oraciones completas y 9 tenían trastornos fonoarticulatorios y/o vocales. **Conclusión:** La aplicación de la entrevista semi estructurada todavía en la cama del hospitalaria permitió identificar los principales trastornos del lenguaje, apoyar las directrices formuladas por el terapeuta del habla para las familias y los profesionales que tratan al paciente. Evaluar el lenguaje en este contexto es esencial para respaldar el informe de alta hospitalaria y orientar a los pacientes, cuando sea necesario, para iniciar la rehabilitación en el momento apropiado.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular; Lenguaje; Pacientes internos; Terapia de Lenguaje

## Introdução

Este estudo foi realizado como requisito parcial obrigatório para obtenção do certificado de Residente junto a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Adulto/Idoso). Este é desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por quatro profissionais da enfermagem, duas nutricionistas e duas fonoaudiólogas. O residente de Fonoaudiologia deve estar apto a: atuar com domínio e conhecimento das políticas públicas de saúde; planejar e desenvolver intervenções individuais ou coletivas em todas as áreas em que a fonoaudiologia pode estar inserida; acompanhar no leito e ambulatorialmente indivíduos com dificuldades de alimentação e deglutição e alterações de linguagem, prevenindo, identificando, avaliando e intervindo sobre esses problemas; desenvolver pesquisas de acordo com as demandas da atuação fonoaudiológica<sup>1</sup>.

Dentre as atividades da fonoaudiologia, no programa, está a avaliação e o acompanhamento dos pacientes internados na enfermaria e UTI de neurologia do hospital universitário. Ressalta-se que nesse hospital ainda não há fonoaudiólogos contratados para atuar nas enfermarias e UTIs de adultos e idosos. Desta forma, levando-se em consideração a necessidade de conhecer o perfil dos pacientes pós AVC internados nesta enfermaria, os fatores de riscos envolvidos, assim como a de realizar a avaliação de linguagem no leito hospitalar, justificou-se o desenvolvimento desta pesquisa.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi apontado como a principal causa de morte no mundo em 2008, representando 48% dos 36 milhões de óbitos decorrentes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>2</sup>. No Brasil, de acordo com dados oficiais, ele é a principal causa de óbitos, gerando um grande impacto sobre a saúde da população, principalmente entre idosos. Atualmente, as doenças cerebrovasculares são responsáveis por mais de cem mil óbitos no país, por ano<sup>3</sup>.

O AVC é caracterizado por uma incapacidade súbita da circulação cerebral, provocada por uma interrupção parcial ou total de um ou mais vasos cerebrais, que pode ter início súbito e duração superior a vinte e quatro horas, com persistência do déficit neurológico focal. A lesão vascular pode ser: isquêmica, quando ocorre um bloqueio do fluxo sanguíneo, ou hemorrágica, quando provoca a ruptura de vasos sanguíneos degenerados<sup>4,5</sup>. Os

fatores de risco associados ao AVC são: diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, tabagismo e uso abusivo de álcool<sup>6</sup>.

O AVC é considerado, no mundo ocidental, a patologia que mais causa incapacidade funcional, que diz respeito às dificuldades, decorrentes das sequelas, que o paciente encontra para realizar atividades diárias e exercer papéis na sociedade, como tarefas de autocuidado, dificuldades na locomoção e na comunicação, podendo ainda ser influenciada por fatores demográficos e socioeconômicos<sup>7,8,9</sup>.

Estudos apontam que dentre as principais alterações da comunicação que tiveram como causa um distúrbio ou dano neurológico estão as afasias, as disartrias e as apraxias<sup>10</sup>. Tais alterações podem afetar diretamente a qualidade de vida dos sujeitos que sofreram o AVC, deixando sequelas, que poderão justificar a intervenção fonoaudiológica ainda no ambiente hospitalar e após a alta nas terapias de linguagem na clínica fonoaudiológica.

Considerando-se as possíveis alterações na linguagem decorrentes do acidente vascular cerebral é de suma importância a realização da avaliação de linguagem nos pacientes afetados, a fim de se averiguar quais aspectos linguísticos foram afetados e como ele está interagindo pela linguagem, já que esta permeia todas as relações sociais, culturais e psíquicas do sujeito no mundo. Desta forma, os comprometimentos na comunicação repercutem nos aspectos psicossociais ao trazer grandes impactos nas relações do indivíduo com a família, amigos e até mesmo com os profissionais responsáveis pelo seu cuidado<sup>11</sup>.

Logo, a intervenção multiprofissional na reabilitação do paciente acometido por um AVC visa recuperar a autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diária e nas atividades mais refinadas que envolvem a cognição e a comunicação<sup>12</sup>. Nesse sentido, o trabalho fonoaudiológico além de intervir nas funções motoras de deglutição, respiração, mastigação e articulação também deve atuar na reabilitação da linguagem e da cognição.

A reabilitação irá depender de alguns fatores, tais como: a idade, a extensão e o tipo do acidente, o tempo de início da intervenção multiprofissional, o conhecimento produzido sobre a doença, as técnicas para tratamento desenvolvidas, a experiência dos profissionais, e as políticas adotadas em cada instituição<sup>12</sup>. Tendo em vista esses fatores, o objetivo deste estudo é traçar o perfil dos pacientes internados após a ocorrência do acidente vascular

cerebral, averiguar quais os comprometimentos de fala e linguagem encontrados, e apontar a importância da atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar.

## Método

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, transversal individual, não comparada e contemporânea<sup>13</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade pelo parecer 027442/2015. A coleta de dados foi realizada na enfermaria de neuroclínica e neurocirurgia de um Hospital Universitário, no período de maio a setembro de 2015 junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da universidade.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram coletados os dados de pacientes adultos e idosos que sofreram o Acidente Vascular Cerebral e encontravam-se internados nas enfermarias do hospital, nas quais atuam as duas fonoaudiólogas integrantes do Programa de Residência.

Inicialmente, foram coletados os dados gerais de todos os pacientes que estiveram internados devido ao AVC, por meio de consulta ao prontuário.

Posteriormente, como parte da avaliação de rotina das fonoaudiólogas, foi aplicada a Escala de Coma Glasgow (ECG), para avaliação do estado de consciência de cada sujeito internado nessa enfermaria. O escore máximo na ECG é 15, indicando um paciente sem dano neurológico, e o menor escore é de 3, indicando um sinal de péssimo prognóstico. Se o escore for menor que 8, considera-se que o paciente encontra-se em estado crítico de alterações do nível de consciência, o que define se o indivíduo encontra-se em estado de coma e em necessidade de entubação<sup>14,15</sup>. Assim, os pacientes que apresentaram a pontuação na escala igual ou superior a 11 e não tinham passado por procedimento cirúrgico nas últimas 24 horas foram convidados a participar da etapa subsequente da pesquisa, ou seja, da avaliação de linguagem. Para isso, o paciente ou seu acompanhante/responsável

assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com sua participação na pesquisa.

Os dados de fala e linguagem foram coletados através de um roteiro de avaliação semiestruturado (Anexo 1) elaborado pelas pesquisadoras e aplicado pela pesquisadora residente num contexto discursivo no qual a fonoaudióloga responsável estabelecia um diálogo com o sujeito avaliado, tal como numa situação discursiva espontânea. Depois disso, o teste binominal exato para proporção desses dados foi realizado no software SPSS.

No período final da pesquisa foi realizada nova consulta ao prontuário dos pacientes para verificar qual o desfecho do tratamento dos pacientes, inclusive se tinha havido indicação de acompanhamento fonoaudiológico no relatório médico de alta hospitalar.

## Resultados

Nesta seção, primeiramente, se apresentam os dados gerais dos pacientes e, em sequência, os da avaliação de linguagem.

No período compreendido pela investigação, 24 pacientes estiveram internados devido ao AVC, porém apenas 11 se enquadraram nos critérios de inclusão para a avaliação da linguagem. Ressalta-se que a quantidade de pacientes encontrados foi inferior ao número de ocorrência do AVC no hospital da universidade, pois a avaliação foi limitada aos pacientes internados na enfermaria de neuroclínica e neurocirurgia em que a fonoaudióloga, pesquisadora residente atua, respaldada pelo Programa da Residência Multiprofissional em Saúde (Adulto/Idoso) da Universidade.

### Dados gerais

Os dados gerais referentes ao total dos 24 pacientes internados durante o período deste estudo estão discriminados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes por faixa etária e raça/cor

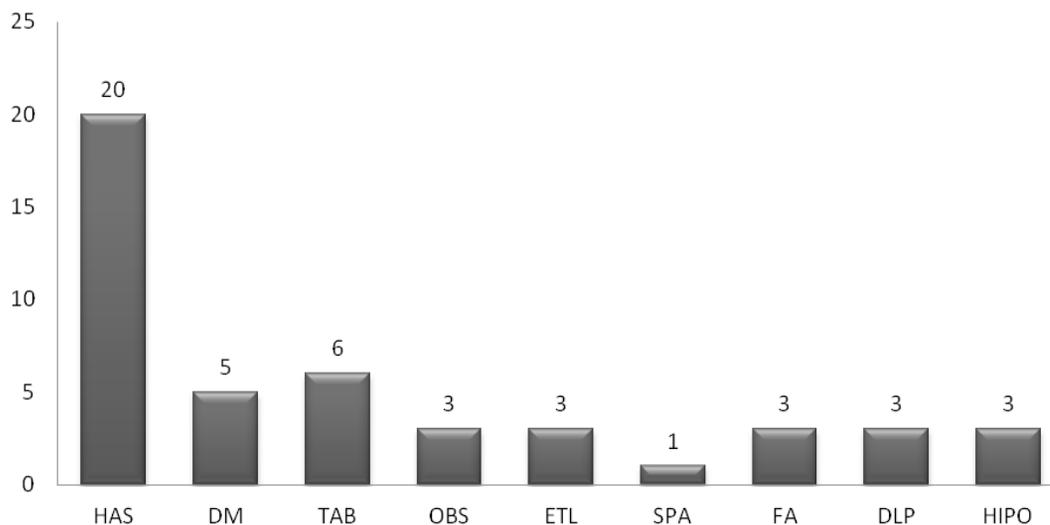
Faixa Etária	Raça/Cor					
	Branco (n=19)		Pardo (n=3)		Negro (n=2)	
	n	%	n	%	n	%
20-29 anos	1	5,2				
30-39 anos	3	15,7	2	66,6		
40-49 anos	4	21,0				
50- 59 anos	2	10,5			1	50,0
60-69 anos	4	21,0				
70-79 anos	2	10,5			1	50,0
80-89 anos	3	15,7	1	33,3		
Total	19	100,0	3	100,0	2	100,0

**Legenda:** %: porcentagem

A idade média dos pacientes que sofreram AVC foi de aproximadamente 57 anos e a faixa etária entre 40 e 49 anos foi a verificada com maior ocorrência de AVC, com 5 pacientes. De acordo com a tabela 1, as faixas de 30-39, 60-69 e 80-89 tiveram o mesmo número de pacientes (4), as faixas de 50-59 e 70-79 apresentaram três pacientes cada e a faixa etária de 20-29 apenas um paciente. Os dados de raça apontam que o AVC foi mais frequente na raça branca. Através do teste binomial exato, verificou-se um nível de significância de 5%, para ocorrência de AVC na raça branca em relação às outras raças ( $p=0,0008$ ).

Em relação ao gênero, 12 pacientes eram do gênero masculino e 12 do gênero feminino.

O gráfico 1 demonstra como se comportam os fatores de risco para o AVC na amostra de pacientes estudados. Os fatores de risco encontrados na amostra foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes mellitus, etilismo, hipotireoidismo, tabagismo, uso de substâncias psicoativas, fibrilação atrial e dislipidemia. Como pode ser observado, a maioria dos pacientes apresentou mais de um fator de risco.



Legenda: HAS: Hipertensão Arterial, DM: Diabetes Mellitus, OBS: obesidade, TAB: Tabagismo, ETL: Etilismo, DLP: Dislipidemia, SPA: Substância Psicoativas, FA: Fibrilação Atrial, HIPO: Hipotireoidismo

**Gráfico 1.** Fatores de risco

Apenas dois pacientes não apresentavam fatores de risco mencionados no prontuário. De acordo com os dados obtidos pelos prontuários, os fatores de riscos mais frequentes foram: hipertensão arterial (79,1%), seguida de tabagismo (29,1%) e diabetes mellitus (20,8%). Pode ser observado que a hipertensão ocorre em grande parte dos pacientes, e claramente é um fator de risco que contribui para a ocorrência de AVC. De acordo com o teste binominal exato, o p-valor obtido foi de 0,0007, ou seja, conclui-se que a hipertensão é um fator de risco significativo, mesmo sendo pequena a amostra.

### Avaliação de Linguagem

Dos 24 pacientes que tiveram AVC, 13 atingiram pontuação igual ou inferior a 9 e 11 atingiram a pontuação igual ou superior a 11. Logo, 11 pacientes estiveram conforme os critérios de inclusão estabelecidos para esta investigação.

A Tabela 2 demonstra os dados de identificação dos 11 sujeitos e o tipo do AVC que sofreram.

**Tabela 2.** Dados gerais

Paciente	Gênero	Idade	Raça	Profissão	Escolaridade	Tipo do AVC
1	F	51	Negra	Pedagoga	ESC	AVC hemorrágico
2	F	75	Negra	Aposentada	EFI	AVC isquêmico
3	F	33	Branca	Doméstica	EMC	AVC isquêmico
4	F	29	Branca	Corretora de imóveis	ESI	AVC isquêmico
5	F	43	Branca	Doméstica	EFI	AVC hemorrágico
6	M	84	Branco	Aposentado	ANALFABETO	AVC isquêmico
7	F	57	Branca	Doméstica	EFI	AVC hemorrágico
8	F	82	Branca	Costureira	EFI	AVC isquêmico
9	M	44	Branco	Ajudante geral	EFI	AVC isquêmico
10	F	39	Branca	Funcionária pública	EMC	AVC isquêmico
11	M	70	Branco	Aposentado	ANALFABETISMO FUNCIONAL	AVC isquêmico

**Legenda:** F: feminino, M: masculino, ESC: Ensino Superior Completo, EFI: Ensino Fundamental Incompleto, ESI: Ensino Superior Incompleto, EMC: Ensino Médio Completo, AVC: Acidente Vascular Cerebral

Dos 11 pacientes avaliados, 8 eram do gênero feminino, a maioria era da raça branca, com ensino fundamental incompleto, sendo o AVC isquêmico o mais frequente. Os 3 pacientes do gênero masculino eram da raça branca e dois eram aposentados, com baixo nível de escolaridade (analfabeto, analfabeto funcional e com ensino fundamental incompleto) e todos sofreram AVC isquêmico. O paciente mais novo tinha 29 anos e o mais velho 84 anos. Os pacientes que sofreram AVC hemorrágico tinham 51, 43 e 57 anos e eram todos do gênero feminino.

A tabela 3 identifica o tipo de comunicação mobilizada pelo paciente, sua inteligibilidade para o interlocutor e se a escrita apresentava-se preservada ou não, no momento da avaliação. A comunicação foi classificada em verbal, gestual ou mista (gestual e verbal).

Os pacientes 2 e 8 apresentaram fala/comunicação ininteligível enquanto que os pacientes 1, 5 e 7 apresentaram fala/comunicação inteligível. De acordo com a tabela 3, tem-se que: a) os pacientes 2 e 8 tiveram AVC isquêmico, enquanto que os 1, 5 e 7 tiveram AVC hemorrágico e b) o paciente mais velho (6) apresentou comunicação verbal e inteligível e o mais novo (4) apresentou comunicação mista, combinando gestos e fala de maneira inteligível.

A tabela 4 mostra o intervalo de tempo entre o *ICTUS* e a avaliação fonoaudiológica da linguagem.

**Tabela 3.** Caracterização da comunicação do paciente

Paciente	Comunicação verbal/ gestual/mista	Fala Inteligível	Escrita
1	Mista	Sim	Não
2	Mista	Não	Não
3	Verbal	Sim	Sim
4	Mista	Sim	Sim
5	Verbal	Sim	Sim
6	Verbal	Sim	Não
7	Verbal	Sim	Não
8	Mista	Não	Não
9	Gestual	Sim	Sim
10	Mista	Sim	Sim
11	Verbal	Sim	Não

**Tabela 4.** Diferença de tempo entre o ictus e avaliação fonoaudiológica

Paciente	Tempo entre o ICTUS e avaliação	Tipo do AVC
1	2 meses e 4 dias	AVC hemorrágico
2	17 dias	AVC isquêmico
3	5 dias	AVC isquêmico
4	3 dias	AVC isquêmico
5	16 dias	AVC hemorrágico
6	3 dias	AVC isquêmico
7	16 dias	AVC hemorrágico
8	15 dias	AVC isquêmico
9	4 dias	AVC isquêmico
10	2 dias	AVC isquêmico
11	6 dias	AVC isquêmico

**Legenda:** AVC: Acidente Vascular Cerebral

Cabe lembrar que um nível de consciência suficiente foi exigido para que o paciente pudesse ser avaliado. O menor intervalo de tempo foi o do paciente 10 (2 dias depois), seguido dos pacientes 4 e 6 (após 3 dias), do 9 (4 dias) do 3 (5 dias) do 11 (6 dias), do 8 (15 dias), do 7 (16 dias), do 2 (17 dias), sendo que para o paciente 1, a avaliação de linguagem ocorreu 2 meses e 4 dias depois.

Verifica-se que os pacientes que apresentaram maior intervalo de tempo foram os pacientes 1, 2, 5 e 8, sendo que três destes tinham sido acometidos pelo AVC hemorrágico. A avaliação do nível de consciência através da ECG era realizada todos os dias e se o paciente apresentasse o nível de consciência necessário e aceitasse a participação na pesquisa a avaliação era realizada.

A tabela 5 sintetiza algumas características funcionais da linguagem dos sujeitos.

A primeira coluna mostra que 5 pacientes (1 que sofreu AVC hemorrágico e 4 que sofreram

o isquêmico) não iniciavam turnos dialógicos. A segunda coluna mostra que a compreensão da linguagem encontrava-se preservada na maioria dos pacientes (7) ou parcialmente preservada (4). Entretanto, a terceira e quarta colunas mostram que 6 são parcialmente compreendidos pelos familiares e pelos profissionais da saúde do hospital. Esse dado foi obtido através da observação de situações discursivas no ambiente hospitalar entre o paciente e o familiar, e o paciente e os profissionais, dentro do contexto discursivo da avaliação fonoaudiológica, conforme consta no roteiro de avaliação elaborado para esta pesquisa.

A quinta coluna ainda deixa registrado que a maioria dos pacientes consegue manter o tópico discursivo (9) introduzido pela terapeuta e apenas dois não fazem isso. Porém, introduzir um novo tópico discursivo parece uma tarefa um pouco mais difícil para o conjunto de pacientes, pois 4 não conseguem fazê-lo.

**Tabela 5.** Descrição das características discursivas

Paciente	Inicia turnos	Compreende	É compreendido pelos familiares	É compreendido pelos profissionais	Mantém o tópico discursivo	Introduz tópico discursivo	Compromete o discurso	Usa a fala para pedir algo
1	Não	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Sim	Não	Sim	Sim
2	Não	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Não	Não	Não	Não
3	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
7	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
8	Não	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Sim	Não	Não	Sim
9	Não	Sim	Parcialmente	Parcialmente	Sim	Não	Não	Não
10	Não	Sim	Parcialmente	Parcialmente	Sim	Sim	Não	Sim
11	Sim	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Não	Sim	Sim	Sim

Ainda em relação ao discurso, a tabela nos mostra que apenas dois pacientes tinham o diálogo comprometido, ou seja, o diálogo ficava truncado ou o interlocutor (fonoaudióloga) não conseguia entender o que era dito pelo paciente. E apesar

das dificuldades discursivas que alguns pacientes apresentavam, apenas dois não faziam uso da fala para solicitar algo. Ressalta-se que um deles valia-se apenas da comunicação gestual.

**Tabela 6.** Caracterização dos enunciados

Paciente	Unidades linguísticas	Alterações fonarticulatórias e/ou vocais	Utiliza pronomes	Utiliza dêiticos	Expressões formuláicas de saudações	Faz narrações
1	Palavras	Sim	Sim	Não	Sim	Não
2	Palavras	Sim	Não	Não	Não	Não
3	Frases completas	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
4	Frases completas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Frases completas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	Frases completas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7	Frases completas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
8	Vogais	Sim	Não	Não	Não	Não
9	Ausente	-----	-----	-----	-----	-----
10	Palavras	Sim	Não	Não	Não	Não
11	Frases completas	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

A tabela 6 mostra que os enunciados de 6 pacientes são constituídos por frases completas, 3 por palavras, 1 apenas por vogais isoladas (vocalizações) e 1 não se comunica através da fala (paciente 9, de 44 anos, que teve um AVC isquêmico). Cabe ressaltar que dos 11 pacientes avaliados, 9 apresentaram alterações fonarticulatórias, um paciente não as apresentou e um paciente se comunicou gestualmente.

Com relação ao aparecimento dos pronomes na fala dos pacientes, verificou-se, no grupo investigado, que eles estão presentes na fala de 7

pacientes e ausentes em três (pacientes 2, 8 e 10). Não foi verificada a presença de pronomes na fala do paciente 9, que se comunicou gestualmente. Na fala dos 11 pacientes estudados, 6 apresentam elementos dêiticos e na de 4 pacientes (1, 2, 8 e 10) isso não aconteceu.

Já quanto ao aparecimento de expressões formuláicas de saudações na fala dos pacientes, encontrou-se que elas estavam presentes na fala de 7 pacientes, ou seja, na maioria deles, e ausentes na fala de 3 (2, 8 e 10). Observa-se, ainda, que as narrativas estiveram presentes na fala de 5 pacientes e

ausentes na fala de 5 (1, 2, 8, 10 e 11). Para avaliar se o paciente era capaz de narrar, a fonoaudióloga pedia para que ele narrasse o que se lembrava do dia em que ocorreu o AVC ou alguma situação de seu cotidiano. Cabe notar que o paciente 9 comunicou-se por gestos e não conseguiu produzir narrativas por meio deles, mas foi capaz de usá-los para fazer solicitações ou para expressar sentimentos.

## Discussão

A ocorrência do AVC tem crescido cada vez mais entre os jovens<sup>2,5,26</sup>, ocorrendo em 10 % dos pacientes com idade inferior a 55 anos, corroborando os dados encontrados na amostra em que 13 dos 24 pacientes, apresentavam idade entre 29 anos a 59 anos<sup>16</sup>.

Em relação ao gênero, os estudos apontam maior incidência do AVC no gênero masculino<sup>17,18</sup>. Neste estudo não foi encontrada diferença estatística entre os gêneros, assim como no estudo realizado pela clínica de Arteriosclerose da Clínica de Neurologia do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 2004<sup>19</sup>.

Os fatores comportamentais de risco mais importantes associados ao AVC são dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo. Tais fatores são responsáveis por cerca de 80% dos casos de doença arterial coronariana e cerebrovascular. Os efeitos de uma dieta não saudável e do sedentarismo podem ser identificados nos indivíduos através da elevação da pressão arterial, da glicose, dos níveis lipídicos, assim como do sobrepeso e obesidade. Eles indicam um risco aumentado de desenvolver acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e outras complicações<sup>20</sup>.

Os dados sobre os fatores de risco para o AVC mostram que a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo e a diabetes apareceram em muitos dos pacientes avaliados. A presença da HAS aumenta em cerca de três a quatro vezes o risco de se ter um AVC. Ao compreender sua alta prevalência, a HAS pode ser considerada diretamente responsável por até metade dos casos de AVC. O risco de desenvolver um AVC é duas vezes maior em diabéticos de ambos os sexos e o tabagismo aumenta entre duas e quatro vezes as chances de sofrer o acidente<sup>21</sup>.

Os dados da avaliação de linguagem trazem informações importantes a serem consideradas na reabilitação do paciente que se relacionam com o

prognóstico do tratamento. Os pacientes avaliados, em sua maioria, apresentaram alterações fonoarticulatórias e/ou vocais que podem estar diretamente ligadas com dificuldades na mastigação, na deglutição, no sopro e nas outras funções realizadas pelas estruturas estomatognáticas, considerando-se que as alterações fonoarticulatórias e vocais existem em graus variados de severidade e estão ligadas a comprometimentos de articulação e de mobilidade dos órgãos fonatórios<sup>22</sup>.

Além disso, os dados permitem apontar quais são os casos mais comprometidos com relação ao funcionamento da linguagem, em termos de enunciados que se apresentam nas falas dos pacientes e nas unidades linguísticas que neles se apresentam.

Ao compararmos os dados da tabela 3 com os da tabela 4, é possível observar que os pacientes com idade superior a 50 anos apresentaram maior comprometimento da inteligibilidade e da escrita.

Os pacientes 1, 2, 8, 9 e 10 foram os que mais apresentaram comprometimentos na linguagem de acordo com as tabelas 4, 6 e 7. Todos esses pacientes não conseguiam fazer narrativas, não iniciavam turnos discursivos, 3 não eram capazes de escrever (pacientes 1, 2 e 8). Com exceção do paciente 9 que apresentava comunicação predominantemente gestual, os outros (pacientes 2, 8 e 10) não utilizavam pronomes e dêiticos, e todos eles eram compreendidos parcialmente pelos profissionais e familiares, 4 deles apresentaram comunicação mista (pacientes 1, 2, 8 e 10) e 1 gestual (paciente 9).

Devido ao pequeno número de pacientes avaliados, não foi possível realizar análises estatísticas correlacionando os resultados ao tipo do AVC e o comprometimento de linguagem; entretanto, pode-se apontar que os pacientes mais comprometidos sofreram o AVC em artéria cerebral média de acordo com as informações contidas nos prontuários. Nesta subamostra de pacientes com mais comprometimentos, observamos que o intervalo de tempo entre o *ICTUS* e a avaliação da linguagem não mostrou influências no grau do comprometimento da linguagem, visto que entre esses cinco pacientes estão o que teve o menor intervalo (2 dias) e o maior (2 meses e 4 dias) dentre todos os avaliados. Cabe deixar registrado que desses cinco pacientes, 4 eram mulheres.

Ainda não há um consenso sobre quando se deve iniciar a reabilitação do sujeito com AVC, o *timing* desse início varia conforme a bibliografia<sup>23</sup>.

O programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que o doente esteja estável e as lesões sejam identificadas, entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após AVC deve instituir-se o plano de reabilitação<sup>23</sup>. Após os cuidados imediatos e estando o doente clínica e neurologicamente estável, é importante que o tratamento de reabilitação se inicie de forma intensiva e repetitiva, de modo que os resultados sejam potencializados ao máximo<sup>24</sup>. A qualidade de vida dos pacientes com alterações de linguagem está diretamente atrelada aos fatores de adaptação psicossocial. A recuperação do paciente pós-AVC depende de um entorno social, de como a sociedade tolera, conhece e inclui as pessoas que têm alguma dificuldade de comunicação derivada de uma lesão cerebral circunscrita<sup>12</sup>.

Nos últimos tempos, nota-se que o trabalho na área hospitalar tem se preocupado essencialmente com as questões relacionadas à deglutição. Observa-se também que são poucos os estudos na área de linguagem dentro do ambiente hospitalar. Além disso, a maioria dos protocolos utilizados para avaliação da linguagem são internacionais, adaptados e padronizados para o contexto da população avaliada<sup>25,26</sup>. Em revisão bibliográfica ficam evidentes que no contexto brasileiro, são escassas as ferramentas clínicas padronizadas para o português brasileiro dedicadas exclusivamente à avaliação da linguagem<sup>23</sup>. Neste sentido, o roteiro utilizado nesta pesquisa poderia contribuir com as propostas de avaliações de linguagem realizadas em leito hospitalar, principalmente por estar baseado numa concepção dialógica de linguagem muito próxima aos diálogos cotidianos, sem se valer de testes ou protocolos padronizados, descontextualizados que tentam avaliar habilidades metalinguísticas dos pacientes e são criticados por depender do conhecimento que o paciente tem da língua.

As avaliações de linguagem no leito hospitalar viabilizam a identificação dos pacientes que precisam do acompanhamento fonoaudiológico e podem auxiliar o fonoaudiólogo nas orientações aos familiares e profissionais da saúde associados aos cuidados em saúde e na reabilitação funcional.

Nas informações encontradas nos prontuários referentes ao desfecho do tratamento e dos relatórios médicos de alta hospitalar, verificou-se que dos 24 pacientes, 4 foram a óbito, 1 recebeu alta em estado de coma, 6 pacientes foram encaminhados para atendimento fonoaudiológico e 13 não foram encaminhados para atendimento fonoaudiológico.

Observou-se que, dos cinco pacientes que mais apresentaram comprometimento na linguagem depois da aplicação do roteiro, apenas no relatório médico de alta hospitalar de 2 pacientes constava encaminhamento para acompanhamento fonoaudiológico. Esse fato alerta para a importância da presença do profissional fonoaudiólogo dentro do hospital para contribuir com sua atuação na condução dos procedimentos pós-alta, cujos relatórios deveriam também incorporar a colaboração de profissionais da equipe multidisciplinar.

## Conclusão

A pesquisa procurou traçar o perfil dos pacientes atendidos na enfermaria de neuroclínica e neurocirurgia, mostrando que dos 11 pacientes aptos a participar da avaliação de linguagem, 8 eram do gênero feminino, a maioria da raça branca, com ensino fundamental incompleto, sendo que na amostra o AVC isquêmico foi mais frequente.

Com relação ao comprometimento do funcionamento da linguagem, foi possível identificar que a comunicação dos pacientes no leito hospitalar foi tanto verbal quanto mista, na mesma proporção. A compreensão da linguagem estava preservada na maioria dos casos, assim como a manutenção do tópico discursivo no diálogo. Já a introdução de novo tópico discursivo não aconteceu em 4 casos, mostrando que esta pode ter sido uma tarefa difícil. Com relação à composição dos enunciados, verificou-se que apenas 6 conseguiram formar frases completas e apenas um dos pacientes não apresentou alterações fonoarticulatórias e/ou vocais, além do paciente que se comunicava exclusivamente por gestos.

A aplicação do roteiro foi útil para identificar as principais alterações em linguagem, assim como permitiu identificar os casos mais graves, mostrando sua eficácia enquanto instrumento de avaliação. Sendo assim, pode auxiliar o fonoaudiólogo na capacitação dos profissionais para lidarem com essas alterações da linguagem ainda no ambiente hospitalar, e também orientar com mais exatidão os familiares. O treinamento de profissionais em ambiente hospitalar deve ser considerado, uma vez que, têm o potencial de atenuar as barreiras linguísticas no cuidado com o paciente<sup>27,28,29</sup>. A maioria dos pacientes não recebeu encaminhamento no relatório de alta para acompanhamento fonoaudiológico,

sendo que muitos deles apresentavam necessidade de terapia.

A investigação mostra a necessidade de realização de novas pesquisas, com ampliação do número de sujeitos, para respaldar a tendência dos resultados por ora encontrados.

## Referências bibliográficas

- Projeto Político Pedagógico 2013/2015. Residência Multiprofissional em Saúde. Unicamp- Campinas, 2012.
- WHO. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Suíça, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. DATASUS. 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=29010>
- Roach, SS. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Magalhães LA, Bilton TL. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrb Comun.* 2004; 16(1): 65-81.
- You RX, McNeil JJ, O'Malley HM, Davis SM, Thrift AG, Donnan GA. Risk factors for stroke due to cerebral infarction in young adults. *Stroke* 1997; 28: 1913-18.
- Benseñor I, Lotufo P. A incidência do acidente vascular cerebral no Brasil. São Paulo: HowStuff Works. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/avc-epidemiologia.htm>
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994; Jan;38 (1):1-14.
- Costa EC, Nakatani AYK, Bachioni MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19: 35-43.
- Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral assistidos em hospital terciário. *Rev CEFAC.* 2011; 13(2): 330-9.
- Morato, EM. Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um centro de convivência de afásicos. *Distúrb. Comun.* 1999; 10(2): 157-65.
- Morales AP, Toneloto C, Martini D, Adestro S. Qualidade de vida pós-AVC. *ComCiência.* 2009; (109): 1-3.
- Jacques, A.; Cardoso, MCDAF. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev. Neurociênc.* v.19, n.2, 2011. 229-36.
- Muniz ECS, Thomaz MCA, Kubota MY, Cianci L, Sousa RMC. Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma Jovet para avaliação do nível de consciência. *Rev. Esc. Enferm. USP*, vol. 31, n 2, São Paulo, 1997- 287-303.
- Jennett, B. Assessment of the severity of head injury. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*, v.39, n.7, 1976, p-647-55.
- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Informações sobre AVC. [acesso em 15 jan 2016] Disponível em: [http://www.sbdcv.org.br/publica\\_avc.asp](http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp)
- Greenberg DA, Aminoff MS, Simon RP. *Neurologia clínica*, 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996; 273-306
- Dževdet Smajlović. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vasc Health Risk Manag.* v. 11, 2015; p-157-164.
- Pires, SL, Gagliardi, RJ, Gorzoni, ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em Idosos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(3-B): 844-51.
- Jardim TV, Sousa ALL, Povoá TR, Barroso WS, Chinem B, Jardim PCV. Comparação entre Fatores de Risco Cardiovascular em Diferentes Áreas da Saúde num Intervalo de Vinte Anos. *Arq Bras Cardiol.* 2014; [online]. PP.0-0. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/2014nahead/pt\\_0066-782X-abc-20140150.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/2014nahead/pt_0066-782X-abc-20140150.pdf)
- André, C. Manual de AVC. 2ª ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2006.
- Perelló, J. *Transtornos da Fala*. Rio de Janeiro, Medsi, 1995.
- Hesbeen, W.A *Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Loures: Editora Lusociência, 2003.
- Gonçalves, L. *Reabilitar para integrar. Saber Viver*. Julio, 2012.p. 55-6.
- Pagliariin, KC, Oliveira, CR, Silva, BM, Calvette, LF, Fonseca, RP. Instrumentos para avaliação da linguagem pós-lesão cerebrovascular esquerda. *Rev. CEFAC.* 2013, Vol.15, n.2, p. 444-54.
- Casarin, FC, Pagliarin, KC, Koehler, C, Oliveira, CR, Fonseca, RP. Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. *Rev CEFAC.* 2011; 13(5): 917-25
- Dickey, L, Kagan, A, Lindsay, MP, Fang, J., Rowland, A, Black, S. Incidence and Profile of Inpatient Stroke- Induced Aphasia in Ontario, Canada. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* Volume 91, February 2010, 196-202.
- Kagan, A., Black, S., Duchan, J.F., Simmons-Mackie, N., Square, P. Training volunteers as conversation partners using 'supported conversation for adults with aphasia': a controlled trial. *J Speech Lang Hear Res.* 2001;44:624-38
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A.O., Neill Christie C., Huijbregts, M., McEwen, S., Willems, J. Communicative access and decision making for people with aphasia: implementing sustainable health care systems change. *Aphasiology.* 2007;21: 39-66.

## Anexo 1

### Roteiro de Avaliação de Fala e Linguagem

#### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Data do ocorrido: \_\_\_\_\_  
Tipo do AVC: \_\_\_\_\_ Local da lesão: \_\_\_\_\_

#### Avaliação de Fala e Linguagem

- O paciente responde ao ser chamado pelo nome?  
Se sim: ( ) Gestualmente ( ) verbalmente ( ) sons ininteligíveis ( ) gestos ininteligíveis
- O paciente responde ao ser interpelado pelo nome?  
Se sim: ( ) Gestualmente ( ) verbalmente ( ) sons ininteligíveis ( ) gestos ininteligíveis
- O paciente se localiza no tempo e espaço? ( ) sim ( ) não
- O paciente participa do diálogo com a terapeuta?  
Se sim: ( ) gestualmente ( ) verbalmente com palavras inteligíveis ( ) com palavras e gestos para compor o significado.
- O paciente inicia turnos no diálogo com a terapeuta?  
Se sim: ( ) sempre ( ) mais que três vezes durante o atendimento ( ) uma única vez ( ) nenhuma vez
- O paciente mantém o tópico discursivo? ( ) sim ( ) não
- O paciente muda de tópico discursivo e compromete a coerência de seu discurso?  
( ) sim ( ) não. Se sim, exemplifique: \_\_\_\_\_
  
- O paciente introduz tópico discursivo novo no diálogo? ( ) sim ( ) não
- O paciente usa a fala para pedir algo? ( ) sim ( ) não
- O paciente compreende e obedece ordens simples (como apertar a mão ou dar um sorriso) ( ) sim ( ) não
- O paciente usa gestos para pedir algo? ( ) sim ( ) não
  
- O paciente se expressa por enunciados completos?  
( ) Gestualmente e se faz compreender  
( ) usando gestos e palavras ao mesmo tempo, para se fazer compreender  
( ) usando gestos e palavras de modo a não esclarecer sua enunciação  
( ) verbalmente e se faz compreender  
( ) verbalmente, mas não consegue se fazer compreender
  
- O paciente consegue narrar? ( ) sim ( ) não. Exemplifique: \_\_\_\_\_
- Quais unidades linguísticas se apresentam na fala do paciente?  
( ) frases completas  
( ) frases incompletas  
( ) palavras  
( ) sílabas
  
- A fala do paciente apresenta alteração fonoarticulatória? ( ) sim ( ) não.  
Se sim: quais?
- Na fala do paciente os pronomes estão presentes? ( ) sim ( ) não. Quais?
  
- Na fala do paciente os dêiticos (aqui, lá) estão presentes? ( ) sim ( ) não.
  
- O paciente responde às expressões formulaicas de saudações (bom dia, boa tarde, boa noite)? ( ) sim ( ) não.  
Se sim: ( ) gestualmente ( ) pela fala inteligível ( ) pela fala ininteligível
  
- O paciente usa as expressões formulaicas de saudações (bom dia, boa tarde, boa noite)? ( ) sim ( ) não.
  
- O paciente refere-se a pessoas que não estão presentes na cena enunciativa? ( ) sim ( ) não.
  
- O paciente manifesta-se sobre seu estado de saúde verbalmente?



- O paciente comunica-se com seus familiares  
( ) gestualmente ( ) pela fala  
( ) por gestos e fala ao mesmo tempo de forma inteligível  
( ) por gestos e fala ao mesmo tempo de forma ininteligível  
( ) por gestos e não se faz compreender  
( ) só pela fala e não se faz compreender
  
  - O paciente consegue dizer o nome de seus familiares e seu endereço? ( ) sim ( ) não
  
  - O paciente comunica-se com os profissionais de saúde do hospital?  
( ) gestualmente ( ) pela fala  
( ) por gestos e fala ao mesmo tempo de forma inteligível  
( ) por gestos e fala ao mesmo tempo de forma ininteligível  
( ) por gestos e não se faz compreender  
( ) só pela fala e não se faz compreender
  
  - O paciente pergunta à fonoaudióloga sobre seu prognóstico de fala e linguagem?  
Se sim:( ) Gestualmente ( ) verbalmente ( ) sons ininteligíveis ( ) gestos ininteligíveis:
  
  - O paciente consegue comunicar-se pela escrita de palavras? ( ) sim ( ) não
  
  - O paciente pergunta sobre seu tratamento?  
Se sim: ( ) Gestualmente ( ) verbalmente ( ) sons ininteligíveis ( ) gestos ininteligíveis  
Outras observações:
- 
-