

Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral*

Luana Almeida Magalhães**

Tereza Loffredo Bilton***

Resumo

Este trabalho teve como principal objetivo realizar avaliação clínica de linguagem e de deglutição em idosos hospitalizados após AVC e elaborar propostas terapêuticas para as alterações identificadas. Foram avaliados 14 pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 48 e 84 anos. Realizou-se avaliação de linguagem em um paciente afásico de 84 anos por meio de conversa espontânea, a qual foi transcrita para posterior análise. Na avaliação estrutural e funcional da deglutição, pode-se verificar alterações estruturais de deglutição na maioria dos pacientes. Conclui-se que mudanças de posicionamento, de consistências alimentares, da via de alimentação e diminuição na velocidade da alimentação assistida foram necessárias para melhores condições de alimentação, juntamente de intervenção fonoaudiológica pela estimulação mioerápica dos órgãos fonoarticulatórios e de terapia de linguagem.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral; dificuldades de deglutição; linguagem.

Abstract

This study aims to accomplish clinical evaluation of language and of deglutition in patients hospitalized after stroke and to elaborate proposed therapeutics for the identified alterations. So, 14 patients men and women, aged from 48 and 84 were assessed. To language evaluation, 1 aphasic patient aged 84 was specifically assessed through spontaneous conversation, which was transcribed for subsequent analysis. To the structural and functional swallowing evaluation, we verified structural alterations of swallowing in most of the patients. We concluded that changes of positioning, of alimentary consistences, of the feeding way and decrease in the speed of the attended feeding were necessary for effective feeding conditions, together with speech/language therapist intervention through myotherapeutic stimulation and language therapy.

Key-words: stroke; difficulties on swallowing; language.

* Queremos agradecer à Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca (PUC-SP) por ter realizado a leitura crítica deste trabalho e auxiliado a entender as manifestações afásicas de maneira singular e relevante. ** Fonoaudióloga. *Aprimoranda em Fonoaudiologia nas disfagias neurogênicas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia São Paulo. Aprimoranda em Afasia como um problema linguístico na clínica fonoaudiológica da Deric.* *** Professora Associada da PUC-SP. Membro do Centro de Medicina Diagnóstica Fleury.

Resumen

Este trabajo tuvo como principal objetivo realizar evaluación clínica de lenguaje y deglución en ancianos hospitalizados después de Accidente Vascular Cerebral y elaborar propuestas terapéuticas para las alteraciones identificadas. Han sido evaluados 14 pacientes, de ambos sexos, con edad entre 48 y 84 años. Se ha realizado evaluación de lenguaje en un paciente afásico de 84 años a través de conversación espontánea, que ha sido transcrita para posterior análisis. Con la evaluación estructural y funcional de la deglución se ha podido verificar alteraciones estructurales en la mayoría de los pacientes. Se concluye que cambios de posicionamiento, de consistencias alimentarias, de vía de alimentación y disminución en la velocidad de la alimentación asistida han sido necesarias para mejores condiciones de alimentación, además de intervención fonoaudiológica a través de estimulación mioelástica de los órganos fonoarticulatorios y terapia de lenguaje.

Palabras clave: *accidente vascular cerebral; dificultades de deglución; lenguaje.*

Introdução

Atualmente, a população brasileira é caracterizada por um grande número de jovens, mas também é composta por um número significativo de idosos que apresentam aumento da expectativa de vida. Em 1900, a expectativa de vida de um brasileiro ao nascer era de pouco mais de 30 anos; hoje, estamos perto dos 70 anos. Tais dados apontam que mais pessoas estão atingindo um período da vida em que problemas circulatórios e outras doenças degenerativas se manifestam (Veras, 2000). Dessa forma, torna-se importante entender as alterações neurológicas mais frequentes no envelhecimento para intervir nas alterações de linguagem e de deglutição dessa população.

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) ocorridos na população idosa são da mesma natureza dos observados nas pessoas mais jovens, AVCs encefálicos resultantes de doença vascular (Mc Dowell, 1997). De acordo com Menezes (2001), o AVC acontece quando o sangue que alimenta uma parte do cérebro é cortado devido ao entupimento de um dos vasos, AVC isquêmico, ou a um sangramento, AVC hemorrágico. Como consequência, as funções controladas pela parte afetada do cérebro ficam descontroladas.

Os comprometimentos neurológicos consequentes ao AVC podem provocar seqüelas motoras globais, de linguagem, fala e na dinâmica da deglutição. O estudo de Palmer, Duchane (1991) constatou que 50% dos pacientes pós-acidente vascular encefálico apresentam disfagia. Quando o hemisfério cerebral não dominante sofre um AVC, a fala não é comprometida, mas as dificuldades sensoriais podem ser acentuadas.

Quando a região acometida for a do hemisfério dominante, geralmente há afasia. Se houver comprometimento da porção anterior à faixa motora, ocorrem dificuldades na fala, ou seja, na expressão. O paciente pode não ser capaz de falar ou pode ter dificuldades em encontrar as palavras, mas é capaz de entender a fala dos outros (afasia de expressão). No entanto, se houver comprometimento de área motora ou da região parietal inferior, ou da região temporal superior, haverá dificuldade em entender a fala do outro (afasia de recepção). Geralmente, subsequente ao infarto cerebral, combinações de afasia expressiva e de recepção ocorrem, sendo uma ou outra mais ou menos predominante, pois os infartos são raramente limitados a áreas específicas (Mc Dowell, 1997).

No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, o AVC é a segunda causa de mortalidade e a maior causa de incapacidade entre os adultos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002). As incapacidades decorrentes do AVC afetam tanto a vida do paciente quanto a de seus familiares mais próximos; sendo assim, as medidas de reabilitação ocupam papel central no tratamento do paciente que sofreu um AVC (Tolentino, Tavares, 2002).

Os pacientes avaliados no presente estudo estavam internados em um hospital de longa permanência e, portanto, é válido considerar a importância de um trabalho interdisciplinar, para diagnosticar, tratar e reabilitar, de maneira coordenada, com o intuito de produzir resultado positivo para o paciente. A equipe interdisciplinar hospitalar pode ser composta por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional, por exemplo. Assim, as fre-

qüentes discussões interdisciplinares permitem um melhor planejamento e intervenção para os pacientes, além de dinamizar suas altas (Bilton, Soares, Tega e Santos, 1999).

Com relação à deglutição, além da questão nutricional, a alimentação proporciona prazer e envolve questões sociais. Um paciente que estiver se alimentando por meio de sonda nasoesofágica ou gastrostomia apresentará diversos incômodos, como não sentir o sabor dos alimentos, o que o deixa constrangido para sentar-se à mesa com a família sem poder compartilhar com todos a alimentação. Os idosos ativos adaptam-se às mudanças de deglutição que ocorrem com o envelhecimento, uma vez que elas são lentas e gradativas. No entanto, algumas doenças que acometem os idosos frágeis podem provocar alterações patológicas na dinâmica da deglutição (Menezes, 2001).

A avaliação clínica da deglutição permite verificar quais são as conseqüências deixadas pelo AVC, além de avaliar se há presença de alteração funcional ou estrutural dos órgãos fonoarticulatórios, bem como verificar a presença de aspiração ou microaspirações. Para evitar a penetração de alimento nas vias aéreas, existem mecanismos de proteção como: elevação e anteriorização da laringe, fechamento das pregas vocais e fechamento da epiglote (Macedo Filho, Gomes, Furkim, 2000).

A ocorrência da disfagia entre os idosos pode ser explicada por diversos fatores, dentre eles: problemas de mastigação por deficiência da arcada dentária ou próteses inadequadas, diminuição do volume de saliva, denervação senil do esôfago, presença de afecções associadas que comprometem a atividade motora visceral (neuropatias, miopatias, diabetes) e o uso de medicamentos que potencialmente podem comprometer a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição (Nasi, 1999).

Em geral, a sensação de disfagia determina grande desconforto ao paciente, que passa a executar várias manobras para alimentar-se, como deglutir várias vezes a saliva ou líquidos ou até mudanças na posição da cabeça e do corpo. Nem sempre o local de desconforto indicado pelo paciente tem relação direta com o segmento anatômico responsável pela disfagia (Bilton, Lederman, 2001).

A disfagia orofaríngea leva a um maior risco de desnutrição, infecções respiratórias, por aspiração laríngea, e pode levar à morte. Para melhorar as funções da deglutição, são utilizados diversos exercícios orofaciais diretos e indiretos para esti-

mulação, além de ajuste postural, deglutição supraglótica, estimulação térmica e modificação de consistência e temperatura do alimento ingerido. Os parâmetros nutricionais devem ser monitorados constantemente, pois, segundo o estudo de Elmstahl, Büllow, Ekberg, Petersson, Tegner (1999), os pacientes desnutridos apresentam perda de massa muscular e respostas pouco significativas às estimulações terapêuticas.

Em função das alterações causadas pelo AVC, é preciso realizar a avaliação de linguagem a fim de verificar se houve alguma seqüela neste âmbito. Para tanto, é preciso considerar que a relação cérebro-linguagem pode ser assumida pelo terapeuta como de implicação (entre domínios lingüísticos que se relacionam) ou de submissão (da linguagem ao cérebro). Entender tal relação como de submissão significa considerar linguagem como produto da função cerebral. Por ser uma teoria advinda da clínica médica e da psicologia comportamentalista, o objetivo da reabilitação é possibilitar ao sujeito resgatar aquilo que perdeu com a lesão, por meio de treinos lingüísticos, geralmente realizados de maneira isolada na atividade dialógica. Há um apagamento do sujeito, visto que este lugar está ocupado pela primazia do restabelecimento das funções cerebrais afetadas. Ao terapeuta cabe o papel de “reeducador”, pois é ele quem deve ensinar a língua perdida ao paciente (Steinberg, Miura, Santos, Bertti, Cruz, Carvalho, 1999).

No entanto, assumir esta relação como de implicação requer uma aproximação a outras teorias, como a Lingüística e a Psicanálise, as quais influíram no redimensionamento da noção de sujeito, linguagem e patologia e possibilitaram a transformação da prática clínica. Nesta perspectiva, refletir sobre linguagem é afirmar que os sentidos são presentificados pelos atos discursivos, ou seja, uma fala causa efeitos no outro através das relações e da interpretação que um interlocutor faz da fala do outro. Assim sendo, terapeuta e paciente passam a se assujeitar ao imprevisível, ao novo, isto é, ao não controle. A partir destas considerações, aprofundamos a discussão da avaliação de linguagem, realizada no trabalho, baseada nesta segunda vertente apresentada.

O fonoaudiólogo, ao deparar-se com um paciente que apresenta alteração de linguagem em virtude de uma lesão cerebral, deve considerar a singularidade do sujeito, sem homogeneizá-lo na tentativa de enquadrá-lo em tipologias. Do ponto de

vista teórico, a afasia coloca em cena uma reflexão sobre as relações cérebro-linguagem. Segundo Fonseca (1995), via de regra, a discussão sobre ela é realizada tendo como base o discurso organicista da causalidade lesão-sintoma. Uma primeira consequência da assunção desse discurso é o submetimento da linguagem ao funcionamento cerebral, na medida em que ela é vista como sub-produto (efeito) desse funcionamento. Como afirma Freud (1891), nessa perspectiva, linguagem reduz-se a mero reflexo cerebral. Seu trabalho já representa uma tentativa de reconhecer a linguagem como instância simbólica; por isso, seu “aparelho de linguagem” é o dispositivo teórico invocado para explicar o sintoma lingüístico.

É nessa mesma direção que vai Jakobson, segundo afirma Fonseca (1995). No âmbito da noção de funcionamento da língua, Jakobson insiste na bipolaridade da linguagem que envolve dois modos de arranjo que organizam as unidades lingüísticas nos eixos da seleção e da combinação. O primeiro aproxima-se das operações *in absentia* de Saussure, assumidas como possibilidade de substituição entre elementos, operação denominada por Jakobson de similaridade. Já as operações *in praesentia* explicitam o outro modo de arranjo, o da combinação ou das relações de contigüidade (Fonseca, 1995).

No que concerne à afasia, Jakobson concluiu, a partir dos dados lingüísticos dos pacientes, que as patologias de linguagem resultam de um comprometimento das relações de similaridade (“processo metafórico”) ou das relações de “contigüidade” (“processo metonímico”). No distúrbio da similaridade, há dificuldade na seleção das palavras. Uma vez perturbada a possibilidade de seleção, o paciente apóia-se na contigüidade. Diante disso, Jakobson detecta um problema no eixo metafórico que implica a impossibilidade de seleção/substituição. Já no distúrbio da contigüidade, há uma desintegração da seqüencialidade, ocasionada pela perturbação no eixo da combinação. A operação em questão que caracteriza esse distúrbio é a metafórica e as manifestações afásicas que aparecem remetem a uma fala de “estilo telegráfico” (Fonseca, 1995).

Fonseca (1995), inspirada em Freud e Jakobson, rompeu com o discurso organicista da causalidade e propôs que a relação entre cérebro-linguagem fosse entendida como de implicação. Isso significa que, ainda que um funcionamento afete o outro

(a afasia mostra isso), há autonomia relativa do lingüístico. Desse modo, a linguagem passa de função a funcionamento. Um passo teórico necessário para um fonoaudiólogo que deve abordar a afasia como um problema lingüístico.

A heterogeneidade marca o discurso afásico. Esta questão foi problematizada pela autora que concluiu que “na fala, há falante” (Lier-de-Vitto, 1995). É a presença do sujeito na fala que responde então pela sua singularidade. Isso quer dizer que entender a afasia como um problema lingüístico envolve considerar a articulação língua-fala-sujeito. Dito de outro modo, qualquer ocorrência de fala (inclusive a patológica) resulta do funcionamento da língua e implica o sujeito falante.

Segundo Fonseca (1995), faz-se necessário então entender o modo como a língua se manifesta no dizer do afásico, ou seja, como ele está na língua, sendo preciso apreender o lugar do sujeito na língua e o movimento da língua nele para que sua singularidade ganhe a cena e a heterogeneidade de suas manifestações lingüísticas possa ser contempladas. Considerações clínicas são desdobradas desse empreendimento teórico. Entre elas merece destaque: a) avaliar a linguagem do afásico é um procedimento assentado na articulação linguagem-fala-falante; b) é desse eixo que se procurará analisar a relação que o paciente entretém com a própria fala (ou seja, o modo como ele a interpreta).

Nesse jogo da linguagem sobre a linguagem (em que estão implicados terapeuta e paciente), abrem-se novas possibilidades de dizer (e de implicar-se nesse dizer) e, por isso, novos espaços de subjetivação são configurados. A clínica é vista, portanto, como espaço de fazer sentido e de se realizar como sentido. É por essa razão que a autora entende que a clínica da afasia é uma “clínica de efeitos”: paciente e terapeuta são convocados a interpretar sob efeito da fala um do outro. Quanto à terapêutica propriamente dita, a autora assinala que é no jogo da interpretação lingüística-discursiva que se espera que mudanças possam ocorrer na fala do paciente e, conseqüentemente, na sua condição de sujeito falante.

Desta forma, o objetivo da pesquisa foi de caracterizar as condições anatômicas estruturais orais de pacientes adultos hospitalizados, após AVC, realizando avaliação funcional da deglutição e avaliação de linguagem, a fim de elaborar propostas terapêuticas para os pacientes que apresentaram alterações.

Material e método

Foram realizadas avaliações de deglutição em 14 pacientes que sofreram AVC, (cinco do sexo feminino e nove do sexo masculino), internados desde janeiro de 2001, no Hospital Santa Mônica, com idade entre 48 e 84 anos. Apenas um paciente (84 anos, sexo masculino) apresentou afasia, portanto, este teve sua avaliação de linguagem demonstrada nos resultados da pesquisa.

As avaliações de deglutição foram realizadas em duas sessões, com duração de 30 minutos cada. Foram utilizados os seguintes materiais: estetoscópio, espátula, luva, escova de dente, gaze, algodão e álcool, para aplicar o protocolo elaborado por Bilton, Suzuki, Duprat, Tega (1998). Na avaliação clínica da deglutição, foram observados os aspectos estruturais e funcionais. Também foram feitas auscultas cervicais com estetoscópio para verificar se havia aspiração de alimentos em vias respiratórias superiores. As consistências oferecidas variaram de acordo com a possibilidade de ingestão dos pacientes no momento da avaliação: branda (dupla consistência) para um paciente, líquida e pastosa geriátrica em três pacientes, líquida e sólida para 10 pacientes.

A avaliação de linguagem foi realizada posteriormente e teve duração de 45 minutos, variando de uma a três sessões. Para avaliação de linguagem, foram realizadas análises do *corpus* lingüístico do paciente, que foi gravado em fitas cassete.

Tal avaliação baseou-se em situações de conversa espontânea, em que o paciente foi incentivado a falar sobre ele, sobre as coisas que gosta, seus familiares e seu trabalho. Posteriormente, as sessões foram transcritas para análise de dados, em ortografia regular.

A análise de dados do *corpus* transcrito foi caracterizada pela noção de “funcionamento lingüístico-discursivo”, em que é a idéia de funcionamento que põe em cena a “ordem própria” da linguagem. É importante notar o que o sujeito fala e como ele fala, sem demarcar somente o que ele não fala, isto é, sem dizer apenas o que falta em sua fala.

Após todas as avaliações, foram elaboradas propostas terapêuticas de acordo com as alterações encontradas.

Análise dos dados e discussão

Resultados da avaliação de deglutição:

Foram avaliados 14 pacientes que sofreram AVC, sendo nove do sexo masculino e cinco do sexo feminino, cujas idades variaram de 48 a 84 anos. Por meio do protocolo de avaliação, foi possível verificar que apenas um paciente apresentou quadro de pneumonia. Diferentemente deste resultado, o estudo de Nakajoh, Nakagawa, Sekizawa, Matsui, Arai, Sasaki (2000) verificou que a incidência de pneumonia foi significativamente mais alta nos pacientes pós AVC com alimentação oral do que nos alimentados por sonda enteral.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com as condutas alimentares estabelecidas pela enfermagem antes da avaliação fonoaudiológica

Consistência alimentar		Alimentação assistida				Postura na alimentação					
Pastosa geriátrica		Dieta geral		Com auxílio		Sem auxílio		Deitada		Sentada	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	21%	11	79%	5	36%	9	64%	4	29%	10	71%

Na Tabela 1, verificou-se que, com relação à dieta recebida diariamente, somente três pacientes alimentavam-se com consistência pastosa geriátrica (purê). Quanto à alimentação assistida, observou-se que cinco pacientes necessitavam de ajuda dos auxiliares de enfermagem para se alimentar, em decorrência de alguma seqüela do AVC e quatro pacientes alimentavam-se sentados em decorrência de úlcera por pressão e artrose.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto à ausência e presença de dentes e próteses

	N	%
Ausência de dentes	4	29%
Dentes em mau estado de conservação	7	50%
Prótese total superior e inferior com má oclusão	2	14%
Prótese total superior	1	7%
Total	14	100%

Na avaliação estrutural, observou-se que sete pacientes eram edêntulos e apenas três utilizavam próteses dentárias, sendo dois com próteses totais superior e inferior apresentando má oclusão e um

com prótese total superior. Observou-se também que os sete pacientes que possuíam dentes os apresentavam em mau estado de conservação.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes de acordo com tonicidade, mobilidade, sensibilidade e postura em repouso de lábio, língua, bochecha e palato mole

	Tonicidade		Mobilidade		Sensibilidade		Postura em repouso	
	Inadeq	Adeq	Inadeq	Adeq	Inadeq	Adeq	Inadeq	Adeq
	%	%	%	%	%	%	%	%
Lábios	8 57%	6 43%	6 43%	8 57%	3 21%	11 79%	5 36%	9 64%
Língua	6 43%	8 57%	2 14%	12 86%	3 21%	11 79%	5 36%	9 64%
Bochecha	2 14%	12 86%	4 29%	10 71%	3 21%	11 79%	1 7%	13 93%
Palato mole	4 29%	10 71%	1 7%	13 93%	2 14%	12 86%	---	---

Silva e Vieira (1998) levantaram em seu estudo que 96% dos adultos pós-AVC apresentaram alterações na fase oral e 80% nas fases oral e faríngea, e apenas 16% apresentaram alterações isoladas na fase oral e 4% dos adultos apresentaram alterações isoladas na fase faríngea. Estes achados convergem com o presente estudo ao demonstrar que as desordens de deglutição nestes adultos são essencialmente orofaríngeas.

Para realizar a avaliação estrutural (Tabela 3), foi preciso dar ordens verbais para o paciente e realizar toques mecânicos com as mãos e com espátula. Sellars, Campbell, Stott, Stewart, Wilson

(1999) relatam que alguns pacientes respondem melhor a um estímulo mecânico simples do que a um estímulo elétrico, em que as instruções são repetidas e detalhadas.

Os dados de inadequação da tonicidade, mobilidade e sensibilidade de palato mole demonstram que 57% dos pacientes deste estudo apresentaram alterações. É preciso considerar que, de acordo com o estudo de Nakajoh et al. (2000), a atenuação dos reflexos de proteção de via aérea indica um aumento do risco de pneumonia e da necessidade de alimentação via sonda em pacientes que apresentam disfagia moderada pós-AVC.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes quanto às alterações encontradas na avaliação funcional

	NÃO		SIM	
	N	%	N	%
Ausência de vedamento labial	12	86%	2	14%
Velocidade de mastigação reduzida	3	21%	11	79%
Movimentos compensatórios	11	79%	3	21%
Resíduos em cavidade oral	6	43%	8	57%
Tosse com líquido	13	93%	1	7%
Tosse e engasgo com líquido	13	93%	1	7%

A Tabela 4 indica que, na avaliação funcional, apenas um paciente não apresentou deglutição espontânea de saliva. O posicionamento dos pacientes durante a avaliação foi: quatro em decúbito dorsal, quatro sentados e seis em decúbito elevado. A consistência oferecida na alimentação variou em função das dificuldades apresentadas por cada um. O movimento frontal de mastigação foi en-

contrado em quatro pacientes, e 11 pacientes apresentaram velocidade mastigatória reduzida. Observou-se que dois pacientes apresentaram resíduos na cavidade oral e no vestibulo, três somente no vestibulo e três somente na cavidade oral.

A tosse com líquido fino foi observada em um paciente, e o engasgo também foi observado em apenas um paciente. Não houve fadiga durante a

alimentação. A tonicidade de lábio estava inadequada em oito pacientes, mas somente dois tiveram escape de saliva pelos lábios, o que indica que seis destes pacientes embora apresentassem uma alteração estrutural, estavam compensados funcionalmente.

Sellers et al. (1999) verificaram que a diminuição da mobilidade das pregas vocais está associada com a redução da proteção da passagem de

ar, o que leva à aspiração. A pesquisa de Warm, Richards (2000) também afirma que a voz molhada é um sintoma de penetração/aspiração silenciosa de saliva ou de alimento, associado a pacientes que sofreram AVC. O presente estudo verificou que dois pacientes apresentaram tosse e engasgo com líquido fino, ou seja, sinais sugestivos de penetração e aspiração laríngea.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes de acordo com as condutas sugeridas após a avaliação: via de alimentação e consistências do alimento

Via de alimentação			Consistências alimentares		
	N	%		N	%
Oral	13	93%	Sólida e líquida engrossada	1	7%
Nasoenteral	1	7%	Pastosa geriátrica	2	14%
			Pastosa	2	14%
			Dieta Geral	9	64%
Total	14	100%	Total	14	100%

As condutas sugeridas após a avaliação respeitaram as necessidades individuais de cada paciente. Com relação à via de alimentação, 13 pacientes continuaram a receber os alimentos pela via oral, mas uma paciente recebeu alimentação mista (via oral e enteral) para complementar a necessidade calórica. As consistências avaliadas e sugeridas para os pacientes foram: sólida e líquida engrossada para um paciente, pastosa geriátrica para dois pacientes, pastosa para dois pacientes e nove pacientes não têm restrição na consistência na dieta.

Ao considerar que um paciente receberá o alimento pela via enteral, é preciso levar em conta o estudo de McCann (2000) que afirma que não se

pode esperar que a alimentação por sonda enteral previna a aspiração de secreções da boca. Além disso, é preciso realizar uma alteração na mudança da consistência do alimento que será oferecido com a alimentação enteral, havendo uma preocupação com a alteração do alimento em relação ao sabor, à quantidade, à consistência e à forma. Finuncane, Christmas, Travis (2000) relatam que, embora o paciente esteja com a sonda, não se pode esperar que este tipo de alimentação previna a aspiração de secreções orais; há dados que sugerem, inclusive, regurgitação de conteúdo gástrico devido à presença da sonda enteral.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes quanto às condutas sugeridas após a avaliação: posicionamento, modo de alimentação, velocidade para oferecer o alimento e higienização

Posicionamento			Alimentação			Velocidade alimento			Higienização oral		
	N	%		N	%		N	%		N	%
Sentado	8	57%	Sem auxílio	8	57%	Normal	11	79%	Sem auxílio	3	21%
Inclinado	6	43%	Com auxílio	6	43%	Alterada	3	21%	Com auxílio	11	79%
Total	14	100%	Total	14	100%	Total	14	100%	Total	14	100%

O posicionamento indicado para a alimentação de oito pacientes foi o sentado. Porém, seis pacientes não podem ou não conseguem sentar, sendo assim, indicou-se a posição de decúbito elevado. Foi sugerida alimentação assistida para seis pacientes, já que oito pacientes conseguem se alimentar de forma independente; higienização assistida para 11 pacientes e oferta do alimento de

forma lenta para três pacientes. Conforme a pesquisa de Doggett, Tappe, Mitchell, Chapell, Coates, Turkelson (2001), o paciente deve se alimentar em uma quantidade suficiente, oferecida em uma velocidade adequada para não levar à desnutrição e à desidratação, que enfraquecem o sistema imunológico e reduzem a qualidade de vida do paciente.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes quanto à necessidade de terapia fonoaudiológica

	N	%
Estimulação mioterápica	5	36%
Terapia de linguagem	1	7%
Estimulação com terapia de linguagem	4	29%
Não necessitam de intervenção	4	29%
Total	14	100%

Após a avaliação, constatou-se que um processo de intervenção, como a terapia fonoaudiológica, pode provocar mudanças significativas em 10 dos 14 pacientes avaliados, visto que as alterações presentes são decorrentes das lesões causadas pelo AVC. Observou-se que cinco pacientes necessitam apenas de estimulação mioterápica dos órgãos fonoarticulatórios, um necessita apenas de terapia de linguagem e quatro necessitam de estimulação mioterápica e de terapia de linguagem. Destes quatro últimos pacientes, um apresentou disartria, o que, de acordo com Ortiz (1997), justifica a necessidade da intervenção fonoaudiológica, pois a articulação imperfeita da fala causada por alterações do aparelho fonador leva a dificuldades na emissão vocal, como qualidade de voz ruidosa, velocidade lenta, monintensidade e monoaltura.

Perry e Love (2001) afirmam que é importante considerar o potencial para recuperação espontânea do paciente durante os estágios iniciais do AVC. Os autores Cook, Kahrilas (1999) consideram que a disfagia, por ser uma manifestação de uma doença sistêmica com diversas possibilidades etiológicas, deve ser abordada por diversos profissionais, entre eles, o fonoaudiólogo, para estabelecer as melhores estratégias de intervenção que auxiliem no tratamento das disfagias. Para tanto, a avaliação fonoaudiológica nos aspectos estrutural e funcional da deglutição permitem um melhor entendimento da questão apresentada.

Avaliação de linguagem

O presente estudo propôs realizar a avaliação de linguagem dos pacientes que sofreram AVC, os quais foram submetidos a avaliação de deglutição previamente. Conforme foi relatado anteriormente, dos 14 sujeitos que sofreram AVC, quatro encontravam-se em situação de mutismo (o que não possibilitou a transcrição ortográfica da fala), um

apresentou disartria (sem alteração de linguagem associada), um apresentou afasia e oito não apresentaram qualquer alteração de linguagem ou de fala. Portanto, avaliar a linguagem implica um procedimento singular que diz do modo de funcionamento da língua no sujeito.

Desta forma, em função dos resultados encontrados e acima colocados, a seguir será descrita apenas a avaliação de linguagem do paciente afásico, B., de 84 anos, viúvo, com quatro filhos, internado no Hospital Santa Mônica desde 13 de abril de 1995, devido a um AVC que apresentou seqüelas motoras nos membros inferiores. A avaliação de linguagem foi feita em três sessões de uma hora, no leito do paciente, em virtude da sua dificuldade de movimentação (B. não deambulava, embora estivesse em atendimento fisioterápico). Assim, a análise dos dados foi feita a partir de recortes das sessões terapêuticas do paciente.

Com relação à fala, foi possível observar que as produções de B. eram acompanhadas de segmentos não interpretáveis, hesitações, repetições, pausas, alterações fonológicas e articulatórias, as quais muitas vezes foram reconhecidas pela T., o que possibilitou a progressão do diálogo, mesmo que muitas vezes ancorado na fala da T.

A fala de B. não era composta por fragmentos quaisquer, mas por fragmentos que emergiam a partir de uma restrição textual e discursiva que possibilitavam a leitura da T. Desta forma, pode-se dizer que B. estava sob efeito da fala da T. e sua fala se mantinha na mesma textualidade. Porém, observou-se que embora houvesse restrição textual que operasse na fala de B., havia uma perturbação sintática, visto que a língua coloca fragmentos textuais em contigüidade, nem sempre articulando-os, o que produz uma quebra no dizer do paciente.

Interessante mostrar o efeito terapêutico da fala da T. com o paciente, presenciado em mudança de posição do paciente diante do estranhamento do outro (T.) em relação à sua fala. Dois movimentos singulares demonstraram a negação do paciente ante o estranhamento da T. Na 1ª sessão, apresentada no recorte 1, o movimento de negação do paciente levou ao fechamento do texto de forma a impedir a posição de intérprete da T. Já na 2ª sessão, como está demonstrado no recorte 2, foi possível à T. levar o diálogo a uma progressão que permitisse um encadeamento do texto, fazendo com que o paciente pudesse encadear o texto do diálogo, juntamente com a T.

Conforme pode ser observado no recorte 1, B. utilizou gestos acompanhados da produção oral, para sustentar e marcar o diálogo. A presença destes gestos foi marcante nos momentos em que o paciente não sustentava a progressão do diálogo provisório tecido pela T. ao interpretar sua fala.

Recorte 1: Terapeuta e paciente conversam sobre o nascimento dos filhos de B. (1ª sessão)

Terapeuta	Paciente
(1) Mas como é que foi? Foi num hospital grande, como é que era lá? O lugar? Foi em que hospital, lá de Itapicirica...	
	(2) Foi particular.
(3) Foi no hospital particular?	
	(4) É.
(5) Qual hospital?	
	(6) Eu num lembo mais, particular. Eu tava bem, eu vim na casa tinha/ tava a luz.
(7) Mas qual é o nome do hospital?	
	(8) Hospital num tinha/
(9) Oi?	
	(10) Num tinha! (bate a mão na cama)
(11) Não tinha nome? Ah, num tinha entendido quando cê falô. É isso que eu num entendi.	
	(12) Você é surda! (bate a mão na cama várias vezes)
(13) Sô surda?	
	(14) É. Num/ é. Eu fico lôco aqui. (gesticula com as mãos)
(15) Fica nervoso não, fica nervoso não.	
	(16) Fo fo fo. Num quero mais. (faz gesto de negação com as mãos)
(17) Tá bom.	
	(18) Pode i. Eu qué (SI). Eu quero durmi. (cobre o rosto com o lençol)
(19) Tá bom. Eu vô tirá aqui. Ficô nervoso comigo?	
	(20) Ficô, porque cê num sá to como.
(21) Hum?	
	(22) Cê já num saco cumo
(23) Desculpa, que eu enchi o seu saco, é?	
	(24) É.

Pode-se notar, então, que o paciente está diante de sua fala e, além disso, recusa o que diz o outro (T.), como pode ser visto em (8) “*Hospital num tinha!*”, em resposta dada à pergunta feita pela T.: (7) “*Mas qual é o nome do hospital?*”. Disso decorre toda impossibilidade de B. manter a progressão da cadeia, em que foi observado um deslize metonímico, no qual o metafórico não faz a restrição necessária para levar ao fechamento do texto. A garantia do sentido não está na fala do paciente, mas na da T. Para explicar o que se quer dizer com a impossibilidade de fechamento do texto na fala do paciente, segue abaixo o segmen-

to (6) que explicita a afirmação citada sobre a falta de restrição metafórica:

Eu	num	lembo	mais	particular
Eu		tava	bem	
Eu		vim	na	casa
		tinha		
		tava	a	luz

O eixo metonímico faz com que se presentifiquem vários elementos na cadeia. Elementos estes que, concorrendo na cadeia, ocupam o mesmo lugar. O eixo metafórico, no entanto, ao fazer parar a

cadeia, não promove retroação e cede ao deslize metonímico. Quando o metafórico atua na cadeia, o faz de forma perturbada, mas não promove a restrição necessária. Por isso, é possível observar que restos textuais são colocados lado a lado no dizer de B. pelo eixo metonímico.

No recorte 2, a posição do sujeito diante de sua fala diz de uma posição que renuncia o estranhamento do outro perante a perturbação apresentada na ordem do funcionamento lingüístico que se encontra alterado. Porém, nota-se mudança ao final do seguimento, como será melhor relatado abaixo.

Recorte 2: B. conta para a T. sobre sua profissão (barbeiro)

Terapeuta	Paciente
(25) Mas aí cê cortava o cabelo do seu filho no salão ou em casa?	
	(26) Eu cu/ SALÃO! (fala em intensidade alta).
(27) Ah.	
	(28) Salão.
(29) Nunca cortô em casa?	
	(30) Não. Não qui (começa a bater a mão na cama)
(31) Calma.	
	(32) Eu quero bó. Decansá. Num queo mais não.
(33) Cê sabia/ dexa eu só terminá de te falá uma coisinha. Cê sabia que eu conheço uma pessoa que tinha um salão também. Mas ela cortava o cabelo no salão, e aí, das pessoas da família dela, ela cortava em casa. Sabia?	
	(34) Não, em casa não. Só no salão! Só no salão. Ponto cabô. Num quero ma podeimbo.
(35) Tá bom, vô embora.	
	(36) To cheio já.
(37) Tá bom, então tô indo já, tá.	
	(38) Ta.
(39) Tchau (dou a mão para ele e ele dá um beijo na mão) É bejo bom!	
	(40) Brigada.

Nesta 3ª sessão, B. encerra o diálogo e finaliza o atendimento. O novo está, porém, no fato de a T. mudar o curso da ação de B. ao articular e interpretar o texto, dando progressão/continuidade ao diálogo. A produção (30) de um “Não”, por parte de B., parece ser indiciária de um sujeito que escuta a própria produção, mas recusa o que é colocado em cena

pela língua, no discurso. Isso porque observa-se que a resposta ao que foi perguntado pela T. segue de fragmentos que são remetidos à sua fala (T.) e, assim, ela é capaz de continuar o texto tecido, sem que a sessão seja encerrada no momento em que B. apresenta-se “nervoso” pelo não reconhecimento da fala da T., diferente do ocorrido na 1ª sessão.

Recorte 3: T. e paciente conversam sobre o nascimento dos filhos no início da sessão.

Terapeuta	Paciente
(41) Como que foi quando seus filhos nasceram?	
	(42) Hã?
(43) Como é que foi, pra você, assim, como?	
	(44) Sinti bem graça a deus. Fiquei contente com filho meu acompanhá o casamento meu.
(45) Cê ficô feliz que seu filho foi no seu casamento?	
	(46) É.
(47) Ah, é?	

No recorte 3, observa-se que, a partir da produção (41) trazida na fala da T. “*Como que foi quando seus filhos nasceram?*”, outros elementos dispersos emergem na fala de B. e trazem metonimicamente outros fragmentos (44) “*Sinti bem graça a deus. Fiquei contente com filho meu acompanhá a casamento meu*”. Nota-se que o dizer de B. não

engendra uma cadeia passível de interpretação pela T. e coloca-o à margem do diálogo. A tentativa da T. em organizar a fala de B. (45), “*Cê ficô feliz que seu filho foi no seu casamento?*”, parece ser uma marca de sua impossibilidade de costurar esta fala, devido à dispersão apresentada, o que leva a T. a estranhar o dizer do paciente em (47): “*Ah, é?*”.

Recorte 4: Paciente conta à T. sobre sua família

Terapeuta	Paciente
(48) Veio alguém da sua família te ver?	
	(49) Num veio.
(50) Não?	
	(51) Não.
(52) Quem que costuma vim?	
	(53) A Teredinha num vem, a Lurdinha, o Toninho e a Ana Mara só.
(54) E esses daí/ quem é? Marasol?	
	(55) Hã?
(56) Como é que é o nome da última?	
	(57) Ana Mara.
(58) Ana Mara!	
	(59) É.

Embora B. não apresente em sua fala fragmentos estereotipados que dizem de produções cristalizadas e independentes do texto que sustenta o diálogo, o nome dos filhos sempre retorna em seu discurso, muitas vezes desarticulando o texto que vi-

nha sendo tecido. Ocorre no recorte 4, então, que a emergência destes fragmentos desarticulados do texto, produzem uma fala truncada, sem engendramento da cadeia, o que leva a um efeito de estranhamento pela T. devido à dispersão apresentada.

Recorte 5: Terapeuta e paciente conversam sobre a profissão do paciente

Terapeuta	Paciente
(60) () Iiiii cê fazia o que lá no barbero?	
	(61) Fazia cabelo e cortava barba.
(62) Cortava cabelo também?	
	(63) Cortava.
(64) É difícil cortá cabelo?	
	(65) É. Pricisa sabe cortá.
(66) Inda mais cabelo de homem, né. Porque se fica levantado uns pedaços fica feio, né.	
	(67) Fica. Cabelo muié só por baxo.
(68) É verdade. E a barba, hein? Cê cortava com que? Com aquelas/	
	(69) Navaia
(70) Navalha...	
	(71) Colocava a navaia por aqui (mostra o rosto) [ais] tem que se divagá.
(72) Nunca cortô ninguém?	
	(73) Nunca, gaças a deus.
(74) Mas cê nunca ficô com medo de cortá, não?	
	(75) Não, eu usavaia firme.

Ao conversarem sobre a profissão do paciente, no recorte 5, a T. fala sobre o instrumento de trabalho utilizado por B. (68) “*E a barba, hein? Cê cortava com que? Com aquelas?*”. Neste momento, observa-se que o paciente interrompe a fala da T. e quebra a seqüência da fala, acrescentando (69) “*Navaia*”. O *prompting*, presentificado na fala do paciente, possibilitou o fechamento do diálogo na fala da T. O fechamento se dá, assim, porque a T. opera uma restrição na fala de B. que organiza seu dizer. A seguir, no mesmo segmento, pode-se visualizar a operação do funcionamento do eixo metafórico, que ocorre sem restrição e permite emergir uma resposta de B.: (75) “*Não, eu usavaia firme*” à pergunta feita pela T.: (74) “*Mas cê nunca ficô com medo de cortá, não?*”. Tal fragmento mostra a operação do eixo metonímico, realizada no eixo metafórico, em que foi produzida uma cadeia constituída por *usava* e *navaia*, elementos que, embora estabeleçam relação entre si, apresentam-se truncados, mas permitem o fechamento do texto. De acordo com Jakobson (1971), a articulação entre os eixos da seleção (metafórico) e da combinação (metonímico) constitui diferentes modos de arranjo de qualquer entidade lingüística.

Embora tenha sido observada uma perturbação na linguagem de B., esta alteração não parece impor um limite a este sujeito, visto que ele não emitiu uma queixa para a clínica fonoaudiológica nos momentos da avaliação, por meio de uma demanda que solicitasse atendimento. Curioso entender que, após a análise realizada do discurso do paciente, nota-se que ele não se coloca numa posição de quem precisa vencer uma doença e de quem pede ajuda para vencer a barreira imposta pela lesão cerebral.

Considerar que ao clínico da linguagem cabe assumir uma teoria que contemple o sujeito e seu processo de constituição na relação com os outros sujeitos significa revelar a subjetividade presente na história única de cada paciente no processo terapêutico. Sendo assim, não se pode desconsiderar o sujeito somente pela sua lesão cerebral ou pela desestruturação lingüística. Segundo Steinberg et al. (1999), o dizer fragmentado, embora truncado, diz algo que é interpretado pela T. por meio dos efeitos terapêuticos de restrição ou estranhamento, por exemplo, que operam transformações na fala do paciente.

Este estudo vai ao encontro do que Steinberg et al. (1999) apresentam, pois acredita que pensar

na clínica de linguagem é, sobretudo, considerar a dimensão patológica, o que não imprime olhar de um ângulo organicista, mas considerar a posição do sujeito diante de sua fala, levando em conta a queixa do paciente que mobiliza para a direção de enfrentamento de uma dificuldade do âmbito lingüístico. É necessário, portanto, verificar se o paciente apresenta uma queixa de linguagem ou se esta é apenas observada na clínica, mas não é referida pelo paciente como algo de que precisa de ajuda para se modificar, para mudar a posição do sujeito diante de sua fala por meio da intervenção fonoaudiológica.

Fica claro, então, que, embora a avaliação de linguagem tenha sido concluída (ao observar os dados que dizem de uma alteração no funcionamento lingüístico-discursivo do paciente), será o sujeito quem irá demandar ao terapeuta um possível atendimento clínico, posteriormente, caso seja implantado este programa de intervenção na instituição.

Conclusões

Após a avaliação de linguagem e de deglutição de 14 pacientes que sofreram AVC e encontravam-se em hospitalização de longa permanência, foi possível concluir, quanto à avaliação estrutural, que a inadequação da higienização oral é prejudicial para os pacientes pois, dos 10 pacientes (71%) que utilizavam prótese dentária, oito (57%) apresentaram resíduos alimentares na cavidade oral, com ulcerações em dois pacientes (14%) e monilíase em um paciente (7%). Além disso, observou-se que os sete pacientes (50%) que possuíam dentes apresentavam-nos em mau estado de conservação. Além disso, os dados de inadequação da tonicidade, mobilidade e sensibilidade de palato mole avaliados demonstraram que oito pacientes (57%) deste estudo apresentaram alterações.

A avaliação funcional demonstrou que apenas um paciente (7%) apresentou episódio de pneumonia, no entanto, a tosse e o engasgo com líquido fino foram observados em dois pacientes (14%), o que indica sinais sugestivos de penetração e aspiração laríngea. Desta forma, para evitar riscos de aspiração laríngea é importante atentar ao posicionamento dos pacientes durante a alimentação: sentado e decúbito elevado. Também notou-se inadequação da tonicidade de lábio em oito pacientes (57%), mas somente três (21%) tiveram escape de

saliva labial, o que indica que cinco desses pacientes (36%), embora apresentassem alteração estrutural, estavam compensados funcionalmente.

Desta forma, as mudanças de consistências alimentares e das vias de alimentação, a solicitação de alimentação e higienização assistida, além da diminuição na velocidade da alimentação assistida revelaram-se, ao final deste estudo, condutas sugeridas para otimizar a alimentação dos pacientes. Após a avaliação, constatou-se que um processo terapêutico de intervenção fonoaudiológica pode provocar mudanças significativas em 10 (71%) dos 14 pacientes avaliados, visto que as alterações presentes são decorrentes das lesões causadas pelo AVC. Sendo assim, verificou-se que cinco pacientes (36%) necessitam apenas de estimulação mio-terápica dos órgãos fonoarticulatórios, um (7%) necessita apenas de terapia de linguagem e quatro (29%) necessitam, tanto de estimulação mio-terápica, quanto de terapia de linguagem.

Além da abordagem terapêutica específica, é importante considerar o papel social das refeições. Os pacientes que conseguem sentar-se podem ser conduzidos ao refeitório, para que a alimentação represente um momento de convivência prazerosa. Com relação à linguagem, grupos terapêuticos podem ser constituídos a partir das demandas e dos interesses comuns dos pacientes, a fim de criar um espaço que oferecerá uma outra possibilidade de relação entre os sujeitos que apresentam alterações de linguagem, espaço esse constituído pelos efeitos terapêuticos que mobilizam para o enfrentamento dos problemas de linguagem.

Referências

- BILTON, T. L.; SOARES, L. T.; TEGA, L. V. e SANTOS, C. A. F. (1999). Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. *Distúrbios da Comunicação*, v. 11, n. 1, pp. 85-110.
- _____. SUZUKI, H.; DUPRAT, A.; LEDERMAN, H. e TEGA, L. P. V. (1998). Comparando avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscópica e videofluoroscópica em idosos sem queixa de deglutição. *Distúrbios da Comunicação*, v. 10, n. 1, pp. 111-116.
- _____. LEDERMAN, H. M. (2001). Abordagem da disfagia. *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*, 2, São Paulo.
- COOK, I. J. e KAHRIILAS, P. J. (1999). AGA Technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, v. 116, n. 2, pp. 455-478.
- DOGGETT, D. L.; TAPPE, K. A.; MITCHELL, M. D.; CHAPPELL, R.; COATES V. e TURKELSON, C. M. (2001). Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: an evidence-based comprehensive analysis of the literature. *Dysphagia*, v. 16, n. 4, pp. 279-295.
- ELMSTAHL, S.; BÜLLOW, M.; EKBERG, O.; PETERSSON, M. e TEGNER, H. (1999). Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia*, v. 14, pp. 61-66.
- FINUNCANE, T. E.; CHRISTMAS, C. e TRAVIS, K. (2000). Alimentação por sonda em pacientes com demência avançada – revisão das evidências. *J. Am. Med. Assoc.*, v. 4, n. 2, pp. 2772-2778.
- FONSECA, S. C. (1995). *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- FREUD, S. (1981). *La afasia*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Vision.
- JAKOBSON, R. (1971). “Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia”. In: *Linguística e comunicação*. São Paulo, Cultrix, pp. 34-72.
- LIER-DE VITTO, M. F. (1994). *Os monólogos da criança: delírios da língua*. Tese de doutorado. Campinas, Universidade de Campinas.
- MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F. e FURKIM, A. M. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. São Paulo, Lovise.
- MC CANN, R. (2000). Falta de evidências sobre alimentação por sonda – elementos a se considerar. *J. Am. Med. Assoc.*, v. 4, n. 2, pp. 2819-2820.
- MC DOWELL, F. H. (1997). “Doenças neurológicas: parte I Condições cerebrovasculares”. In: CALKIN, E.; FORD, A. B. e KATZ, P. R. *Geriatría prática*. 2 ed. Rio de Janeiro, Revinter, pp. 329-338.
- MENEZES, F. T. (2001). *Estudo das alterações na dinâmica da deglutição, avaliadas pelo videodeglutiosofagograma, do idoso com doenças neurológicas*. Monografia. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NAKAJOH, K.; NAKAGAWA, T.; SEKIZAWA, K.; MATSUI, T.; ARAI, H. e SASAKI, H. (2000). Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *J Intern Med*, v. 247, n. 1, pp. 39-42.
- NASI, A. (1999). “A disfagia no indivíduo idoso”. In: MACEDO FILHO, E. D.; PISSANI, J. C.; CARNEIRO, J. H. e GOMES, G. F. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. 2 ed ampliada. São Paulo, Fróntis, pp. 47-62.
- ORTIZ, K. Z. (1997). “Avaliação e terapia dos distúrbios neurológicos da linguagem e fala”. In: LOPES FILHO, O. C. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo, Roca, pp. 939-58.
- PALMER, J. B. e DUCHANE, A. S. (1991). Rehabilitation of swallowing disorders due to stroke. *Arch Phys Med Rehabil Clin N Amer*, v. 2, pp. 529-46.
- PERRY, L. e LOVE, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, v. 16, n. 1, pp. 7-18.
- SELLARS, C.; CAMPBELL, A. M.; STOTT, D. J.; STEWART, M. e WILSON, J. A. (1999). Swallowing abnormalities after acute stroke: a case control study. *Dysphagia*, v. 14, pp. 212-218.
- SILVA, R. G. e VIEIRA, M. M. (1999). “Disfagia orofaríngea em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação”. In: MACEDO FILHO, E.; PISANI, J. C.; CARNEIRO, J. e GOMES, G. *Disfagia: abordagem interdisciplinar*. Fróntis, São Paulo, pp. 29-46.
- STEINBERG, C.; MIURA, E. L.; SANTOS, H. N.; BERTTI, J.; CRUZ, M. A. e CARVALHO, M. R. T. (1999). *Fonoaudiólogo: um interlocutor diferenciado na clínica com afásicos*. Monografia. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



- TOLEDINO, F. L. e TAVARES, A. (2002). Acidente vascular cerebral isquêmico: fundamentos para a intervenção clínica no paciente idoso. *J Bras Neuropsiq Geriát*, v. 3, n. 1, pp. 15-22.
- VERAS, R. (2000). "Epidemiologia do envelhecimento na América Latina". In: FORLENZA, O. V. e CARAMELLI, E. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo, Atheneu, pp. 7-21.
- WARMS T. e RICHARDS, J. (2000). "Wet Voice" as a predictor of penetration and aspiration in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, v. 15, pp. 84-88.

Recebido em junho/03; **aprovado** em março/04.

Endereço para correspondência:

Tereza Loffredo Bilton
Rua Maestro Cardim, 354 – conj. 102, São Paulo,
CEP 01323-000

E-mail: tereza.bilton@uol.com.br



Anexos**1. AVALIAÇÃO CLÍNICO-ESTRUTURAL E FUNCIONAL DA DEGLUTIÇÃO****1.1 AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA HOSPITALAR****Protocolo de Acompanhamento Fonoaudiológico para Pacientes Hospitalizados****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nome : _____ Idade: _____

Fone: _____ Data de Internação: ____/____/____ Data de Avaliação: ____/____/____

Motivo da internação: _____

Principais Diagnósticos: _____

Profissional que solicitou a avaliação: _____

Médico responsável: _____ Realizado contato? sim não**INTERCONSULTA FONOAUDIOLÓGICA:**

O paciente encontra-se :

- cooperativo
 negligente
 sonolento
 confuso (ECA)

Aspectos respiratórios:Intubação sim não Tempo: _____Ventilador sim não Tempo: _____Traqueostomia sim não Tempo: _____**Traqueostomia:**CUFF sim não Insuflado Parcialmente Insuflado DesinsufladoSecreção: endotraqueal peritraqueal não háDescrição: espessa amarelada fluida claraPassagem de alimento para a traqueo: sim nãoHistória Atual e Progressa de Pneumonia: sim não Atual Recente (< 6 meses) Antiga (> 1 ano)Foi possível realizar a avaliação fonoaudiológica? sim não. Se não, porquê? _____Tipo de alimentação de entrada: oral enteralConsistências habituais: sem restrição a qualquer consistência pastosa (pedaços moles e líquidos) pastosa geriátrica (purê e líquido engrossado)Alimenta-se: sozinho com ajuda**AVALIAÇÃO ESTRUTURAL**a) Dentição: sim nãob) Estado de conservação: bom regular ruim

Utiliza prótese dentária:

c-) total superior: d-) total inferior: e-) parcial superior: f-) parcial inferior: g-) não utiliza: h-) Oclusão/Adaptação adequada inadequadai-) Higiene oral: adequada inadequada

Descrever: _____



j-) Ulcerações na cavidade oral: sim não
 k-) Saliva: normal reduzida excessiva
 l-) Há escape de saliva sim não

Região	Tônus		Mobilidade		Sensibilidade		Postura – repouso	
	Adeq.	Inadeq.	Adeq.	Inadeq.	Adeq.	Inadeq.	Adeq.	Inadeq.
Lábios								
Língua								
Bochecha								

Palato Mole:
 a) Mobilidade adequada inadequada
 b) Reflexo de Vômito (GAG) presente ausente
 c) Sensibilidade presente ausente

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

a) Deglutição espontânea de saliva? sim não
 b) Observou-se escape de saliva pelos lábios? sim não
 c) Refeição observada: café da manhã almoço lanche jantar
 d) Postura durante a alimentação: sentada inclinada deitada
 e) Consistências observadas: líquida pastosa geriátrica
 pastosa branda geral
 f) Apresenta vedamento labial adequado? sim não
 g) Movimento mastigatório: bilateral bilateral com predomínio de um dos lados
 unilateral frontal
 e-) Velocidade de Mastigação: normal lenta rápida
 f-) Movimentação compensatória para deglutir? sim não
 g-) Resíduo: cavidade oral vestibulo não permanece
 h-) Apresentou tosse durante a ingestão? sim não
 i-) Apresentou tosse após a ingestão? sim não
 j-) Apresentou engasgo? sim não
 k-) Apresentou fadiga? sim não
 l-) Apresentou alteração vocal? sim não

Principais pontos da avaliação: _____

Condutas estabelecidas:
 Via alimentar: _____ Consistência alimentar _____
 Higiene oral: _____
 Posicionamento: _____
 Dependência alimentar: _____
 Estimulação Oral: sim não. Exercícios _____

Outras condutas: _____

Acompanhamento diário – data: ____/____/____			
Conduta	Mantida	Modificada	Modificada para:
Via alimentar			
Consistência alimentar			
Ingestão habitual da dieta			
Higiene Oral			
Posicionamento			
Dependência alimentar			
Estimulação Oral			
Observações (pontos importantes e motivos):			





REGISTRO DE ALTA:

Data de alta: ____/____/____

Resumo do caso: _____

→ Orientação fonoaudiológica no momento da alta:

Via alimentar: _____ Consistência alimentar _____

Higiene oral: _____

Posicionamento: _____

Dependência alimentar: _____

Estimulação Oral: _____

Outras recomendações _____

→ Reabilitação fonoaudiológica:

É necessário encaminhamento para Reabilitação fonoaudiológica: sim não

Fonoaudióloga responsável pelo fechamento do caso: _____

CRF^a _____