

PROCESSO DE REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA INTERAÇÃO MENSURADO POR SCORES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

SPEECH THERAPY REHABILITATION PROCESS IN THE INTERACTION MEASURED BY SCORERS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONALITY, DISABILITY AND HEALTH (ICF)

COSTA, Lourena de Oliveira¹
MENDES, Isabella Maria Gonçalves²
COSTA, Camilla Luiza Rodrigues³

1. Fonoaudióloga residente, Residência multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil. Contato: <loureh@hotmail.com>
2. Mestre em Ciências da Saúde pela UnB, Especialista em fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, Fonoaudióloga no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Tutora da Residência Multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Especialista em disfagia pelo CEAFI, Especialista em motricidade oral pelo CEFAC, Fonoaudióloga no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Preceptora da Residência Multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil.

Resumo:

Objetivo: O objetivo deste estudo foi mensurar os ganhos funcionais referentes aos aspectos fonoaudiológicos em pacientes internados, comparando os dados de funcionalidade no momento da admissão e da alta hospitalar e comprovando a eficácia da reabilitação fonoaudiológica. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo, longitudinal, quantitativo e qualitativo. Participaram do estudo 61 indivíduos de ambos os sexos e idades variadas, internados no CRER, com indicação de atendimento fonoaudiológico. Os dados foram obtidos por meio de um questionário, contendo scores selecionados da CIF que abordavam aspectos fonoaudiológicos, e analisados estatisticamente por meio do programa estatístico SPSS® (versão 15.0). **Resultados:** Verificou-se na análise geral dos ganhos da população estudada, significância de $p \leq 0,05$ nas funções avaliadas, abordando as lesões encefálicas adquiridas, como patologia de base para a análise dos dados que evidenciaram melhora. No AVC – nas funções de manipulação do alimento, funções mentais da linguagem e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (telefonar). No TCE – função de deglutição e função de voz. Nas demais patologias – função de mastigação, função de manipulação do alimento na boca, função de deglutição, funções mentais de linguagem, atividade de fala e conversação. Foram analisados separadamente as duas principais abordagens fonoaudiológicas no ambiente hospitalar que mostraram maior evolução: função de deglutição e a atividade de fala. Os dados analisados por posto evidenciaram melhora com significância estatística de $p \leq 0,05$ nas funções de mastigação, manipulação do alimento na boca, deglutição, funções de voz, funções mentais da linguagem, atividade de fala e de produção de mensagens não verbais, em ambos os postos. No posto 3, onde acontecem as internações para reabilitação, além destas funções descritas comuns aos dois postos, notou-se melhora significativa também nas funções de salivação, funções respiratórias adicionais (Tosse), atividade de

conversação e de comunicação (recepção de mensagens orais). **Conclusão:** Considerando os principais resultados do presente estudo, conclui-se que, a reabilitação fonoaudiológica contribui para o processo de melhora do paciente que se encontra internado.

Palavras Chave: fonoaudiologia hospitalar, CIF, reabilitação.

Abstract:

Objective: The objective of this study was to measure functional gains related to phonological aspects in hospitalized patients comparing functional data in admission and hospital discharge and proving the effectiveness of speech and language rehabilitation. **Method:** It is a prospective, longitudinal, quantitative and qualitative study. A total of 61 individuals of both sexes and ages, hospitalized at CRER with indication of speech-language pathology. Data were obtained through a questionnaire, containing selected scores of the CIF that addressed speech-language pathological aspects, and were statistically analyzed using the statistical program SPSS® (version 15.0). **Results:** In the general analysis of the gains of the studied population, significance of $p \leq 0.05$ in the evaluated functions was analyzed, addressing the acquired brain lesions, as basic pathology for the analysis of the data that showed improvement. With AVC - in the functions of food manipulation, mental functions of the language and use of devices and communication techniques (phoning). In TBI - swallowing function and voice function. In other pathologies - chewing function, food handling function in the mouth, swallowing function, mental language functions, speech activity and conversation. The two main speech - language approaches were analyzed separately in the hospital environment, which showed greater evolution: swallowing function and speech activity. The data analyzed per station showed improvement with statistical significance of $p \leq 0.05$ in the functions of chewing, food handling in the mouth, swallowing, voice functions, mental functions of the language, speech activity and the production of nonverbal messages, in Both posts. In post 3, where the hospitalizations for rehabilitation take place, besides these described functions common to the two stations, a significant improvement was also observed in salivation, additional respiratory functions (cough), conversation and communication activity (reception of oral messages). **Conclusion:** Considering the main results of the present study, it is concluded that, the speech-language rehabilitation contributes to the improvement process of the patient who is hospitalized.

Keywords: speech therapy hospital, ICF, rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia é a ciência responsável pela prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos nas funções auditiva, vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, e sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição¹.

A área de atuação deste profissional vem expandindo para diferentes ambientes (escolas, hospitais, ambulatorios, etc.), visando prevenir, promover e

reabilitar a saúde do indivíduo, melhorando suas condições de forma geral e integral¹. No ambiente hospitalar, o fonoaudiólogo atua com o paciente ainda internado de maneira intensiva, precoce e preventiva, visando impedir ou diminuir sequelas causadas por diferentes patologias de base².

O profissional da fonoaudiologia, assim como os outros profissionais da área de saúde, se depara com diversos estágios clínicos de seus pacientes. Sua atuação dentro de uma equipe multiprofissional de reabilitação auxilia na melhora da funcionalidade do paciente, conforme as necessidades do mesmo. O Fonoaudiólogo orienta e esclarece as dúvidas da família quanto ao seu papel no processo de reabilitação e intervém de forma direta, com terapias direcionadas às alterações apresentadas pelo paciente³.

Segundo Borgneth⁴ “Reabilitação é a prática de conceitos científicos voltados para o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo, visando sua inclusão social”. Esta prática acontece a partir da intervenção terapêutica multiprofissional, e é constantemente questionada quanto a sua eficiência e eficácia. Ela não tem a pretensão de alcançar a normalidade e sim de promover maior funcionalidade aos pacientes. Este conceito pode ser explicado pelo Ministério da Saúde que define a reabilitação como “Um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida”^{5,6}.

Quando se fala em funcionalidade refere-se a uma atividade que tem um objetivo, seja ela, espontânea, facilitada ou dirigida. Para que esta atividade seja executada com sucesso, as capacidades motoras, sensoriais, de linguagem, cognitiva, emocional e profissional do indivíduo atuam de forma harmoniosa, sendo que alterações patológicas podem levar a incapacidades nestes aspectos⁴.

A reabilitação compreende de medidas utilizadas pela equipe multiprofissional que visam compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, adaptações da alimentação) e facilitar ajustes e reajustes sociais (por exemplo, uso de comunicação alternativa)^{5,6}. O uso de instrumentos capazes de classificar o nível de funcionalidade de um indivíduo permite ao profissional de reabilitação estabelecer metas a serem trabalhadas com maior eficácia⁷.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da

classificação das condições de saúde de um indivíduo através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁸. Ela classifica a funcionalidade e incapacidade de um indivíduo com o objetivo de compreender melhor os estados de saúde e suas condições relacionadas e determinantes.

A CIF é uma ferramenta clínica e um instrumento estatístico frequentemente utilizado na avaliação da reabilitação que serve de comparação de dados, cuidados de saúde e disciplinas ao longo do tempo. Ela pretende estabelecer uma linguagem comum para descrever a experiência de saúde de um indivíduo, comparar estes dados e mensurar seus resultados⁷.

Este instrumento é capaz de mensurar tanto os aspectos de funcionalidade e incapacidade como os fatores contextuais do indivíduo. Utiliza componentes de funções do corpo, atividades e participação do indivíduo no meio, as deficiências, limitações e restrições deste indivíduo no dia a dia como meio de quantificar estes aspectos. Esses componentes são mensurados por meio de qualificadores que irão mostrar a relevância do nível de saúde, sendo numerados de zero a quatro. O qualificador 0 refere ao quadro onde não há nenhum problema, no qualificador 1 há um problema ligeiro, no qualificador 2 há um problema moderado, no qualificador 3 há um problema grave, e no qualificador 4 há um problema completo. São utilizados ainda, os qualificadores 8 e 9, que indicam não especificado e não aplicável, respectivamente⁸.

Mensurar a funcionalidade alcançada pelo paciente no processo de reabilitação é um importante indicador da eficácia e eficiência da intervenção terapêutica multiprofissional. Sendo assim, foi desenvolvido o presente estudo, com o objetivo de mensurar os ganhos funcionais referentes aos aspectos fonoaudiológicos em pacientes internados no CRER, comparando os dados de funcionalidade no momento da admissão e da alta hospitalar e comprovando a eficácia da reabilitação fonoaudiológica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, longitudinal, quantitativo e qualitativo, que descreve os ganhos funcionais referentes aos aspectos fonoaudiológicos em pacientes internados nos postos 1 e 3 do Setor de Internação do CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), localizado em Goiânia.

No posto 1 são internados pacientes com quadro geral de saúde mais instável, com a finalidade de oferecer tratamento clínico e orientações para prévias ao início da reabilitação. No posto 3 são internados pacientes com quadro geral de saúde mais estáveis, visando promover a reabilitação funcional. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 55583716.8.0000.0035, conforme a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fizeram parte do estudo 61 indivíduos de ambos os sexos e idades variadas, internados no CRER, com indicação de atendimento fonoaudiológico e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados aconteceu no período de maio a outubro de 2016, por meio de um questionário, contendo scores selecionados da CIF que abordavam aspectos fonoaudiológicos. Esta ferramenta foi aplicada pela pesquisadora que abordou o paciente no leito em dois momentos distintos, no primeiro momento em até 48 horas após a admissão, e no segundo, em até 24 horas antes da alta.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica e analisados estatisticamente por meio de um pacote estatístico, utilizando os testes de Regra de Sinais de Descartes para análise das variáveis discretas restritas (scores, postos e patologias) e variáveis qualitativas (qualificadores da CIF), bem como o teste exato de Fisher, para análise da relação de independência entre as variáveis. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$), a fim de verificar a associação entre as variáveis.

3. RESULTADOS

Foram abordados inicialmente 61 pacientes, sendo excluídos 3, por motivo de óbito ou terem entrado em cuidados paliativos, restando 58 indivíduos. Destes 58 pacientes: 19 (32,8%) estavam internados no posto 1 (posto clínico do CRER) e 39 (67,2%) no posto 3 (posto de reabilitação do CRER); 33 pacientes (56,9%) apresentaram o AVC como patologia de base, 7 (12,1%) o TCE, e 18 (31%) outras patologias, como Guillain Barré, meningite, lesão medular e outras.

A análise geral dos ganhos da população estudada, revelou significância de $p \leq 0,001$ nas funções de mastigação, manipulação do alimento na boca, salivação,

deglutição, funções de voz, funções respiratórias adicionais (tosse), funções mentais da linguagem, atividade de comunicação (recepção de mensagens orais), fala, produção de mensagens não verbais e conversação (Tabela 1).

Tabela 1 – Melhora em cada função avaliada.

Funções	N=58	%	p
Mastigar	31	53,4	<0,001
Manipulação do alimento na boca	35	60,3	<0,001
Salivação	21	36,2	<0,001
Deglutição	32	55,2	<0,001
Comunicação – recepção de mensagens orais	14	24,1	0,001
Fala	23	39,7	<0,001
Produção de mensagens não verbais	15	25,9	<0,001
Conversação	21	36,2	<0,001
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (telefonar)	5	8,6	0,063
Voz	24	41,4	<0,001
Respiratórias adicionais (tosse)	26	44,8	<0,001
Mentais da Linguagem	17	29,3	<0,001
Auditivas	1	1,7	1,000

Teste: Regra de Sinais de Descartes.

Foram analisados separadamente as duas principais abordagens fonoaudiológicas no ambiente hospitalar são elas: a função de deglutição e a atividade de fala.

Na função de deglutição, foram encontrados 13 pacientes sem nenhuma dificuldade (qualificador 0), 13 com dificuldade leve (qualificador 1), 10 com dificuldade moderada (qualificador 2), 09 com dificuldade grave (qualificador 3) e 13 com dificuldade completa (qualificador 4). Dos 13 pacientes com dificuldade leve, 02 permaneceram no mesmo qualificador e 11 evoluíram para nenhuma dificuldade. Dos 10 pacientes com dificuldade moderada, 01 apresentou piora evoluindo para dificuldade grave, 02 permaneceram no mesmo qualificador, 03 evoluíram para dificuldade leve e 04 evoluíram para nenhuma dificuldade. Dos 09 pacientes com dificuldade grave, 01 apresentou piora evoluindo para dificuldade completa, 02 permaneceram no mesmo qualificador, 03 evoluíram para dificuldade moderada e 03 evoluíram para dificuldade leve. Dos 13 pacientes com dificuldade completa, 05 permaneceram no mesmo qualificador, 03 evoluíram para dificuldade grave, 04 para dificuldade moderada e 01 para dificuldade leve (Figura 1).

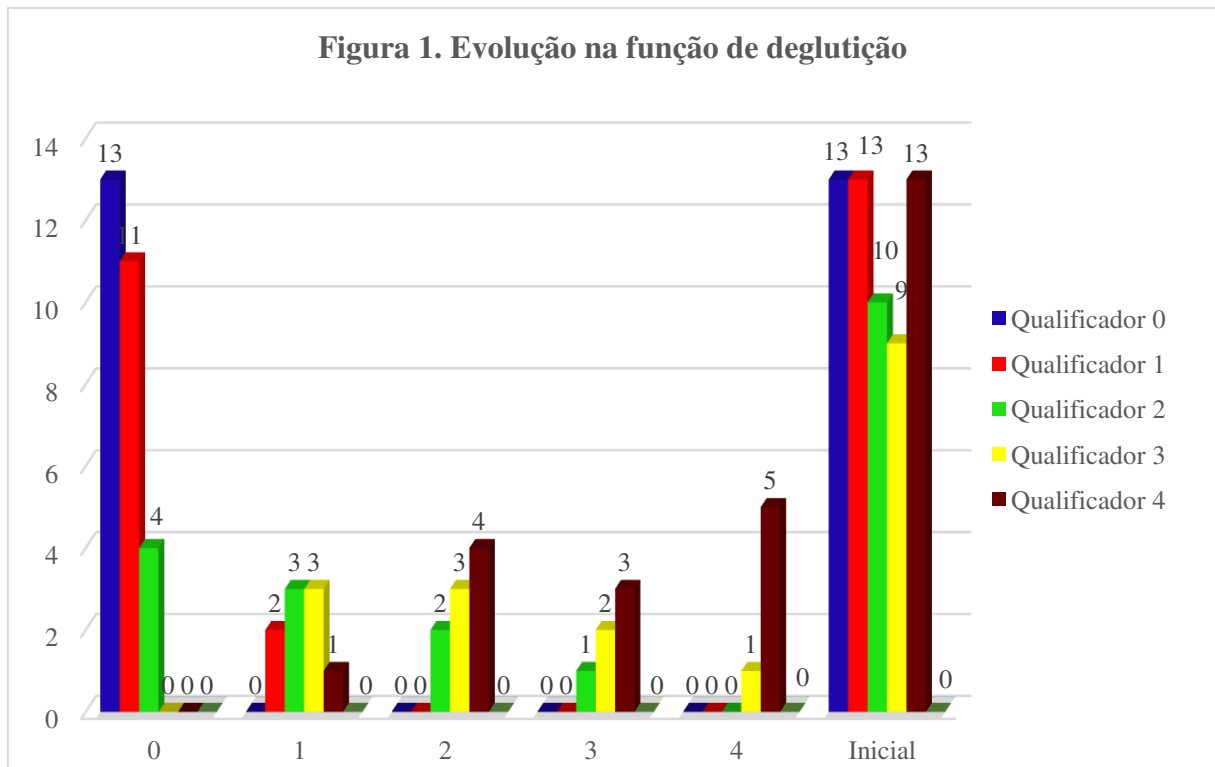


Figura 1 - Evolução na função de deglutição.

Na atividade de fala, foram encontrados 15 pacientes sem nenhuma dificuldade, 07 com dificuldade leve, 14 com dificuldade moderada, 10 com dificuldade grave e 12 com dificuldade completa. Dos 07 pacientes com dificuldade leve, 03 permaneceram no mesmo qualificador e 04 evoluíram para nenhuma dificuldade. Dos 14 pacientes com dificuldade moderada, 06 permaneceram no mesmo qualificador, 06 evoluíram para dificuldade leve e 02 evoluíram para nenhuma dificuldade. Dos 10 pacientes com dificuldade grave, 03 permaneceram no mesmo qualificador e 07 evoluíram para dificuldade moderada. Dos 12 pacientes com dificuldade completa, 08 permaneceram no mesmo qualificador 03 evoluíram para dificuldade grave e 01 para dificuldade moderada (Figura 2).

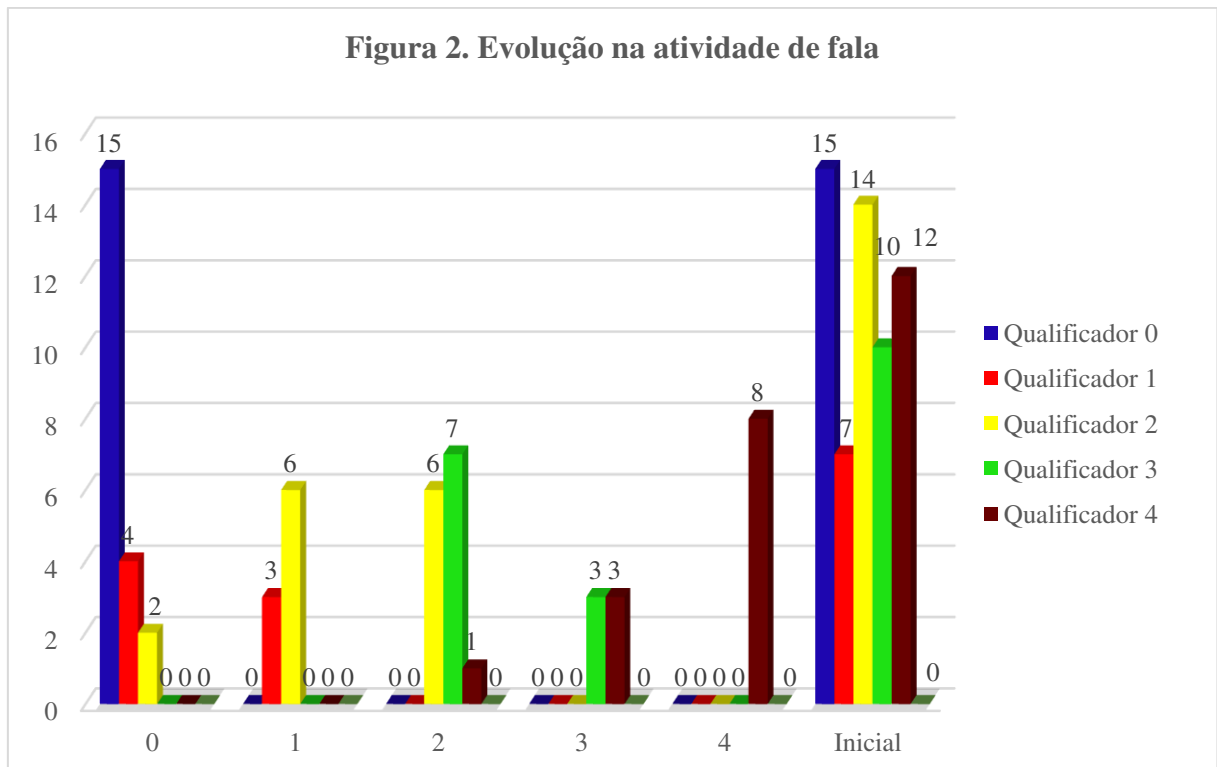


Figura 2 - Evolução na atividade de fala.

A descrição dos dados a partir das patologias de acometimento mostrou que no AVC, 72,7% dos pacientes apresentaram melhora na função de manipulação do alimento na boca, 63,6% na mastigação e 57,6% na salivação. Quanto aos pacientes com TCE observou-se que 100% dos apresentaram melhora na função de deglutição, 85,7% nas funções de mastigação, manipulação do alimento na boca e função de voz, 71,4% nas funções respiratórias adicionais (tosse) e 57,1% nas funções mentais da linguagem e salivação (Tabela 2).

Tabela 2 – Melhora dos pacientes por patologia.

Funções	Pacientes (n=58)					
	AVC (n=33)		TCE (n=7)		Outras (n=18)	
	N	%	n	%	n	%
Funções Auditivas	1	3,0	0	0,0	0	0,0
Mastigar	21	63,6	6	85,7	4	22,2
Manipulação do alimento na boca	24	72,7	6	85,7	5	27,8
Salivação	11	33,3	4	57,1	6	33,3
Deglutição	19	57,6	7	100,0	6	33,3
Funções da Voz	12	36,4	6	85,7	6	33,3
Funções respiratórias adicionais (tosse)	16	48,5	5	71,4	5	27,8
Funções mentais da Linguagem	13	39,4	4	57,1	0	0,0
Comunicação – recepção de mensagens orais	10	30,3	2	28,6	2	11,1
Fala	17	51,5	3	42,9	3	16,7
Produção de mensagens não verbais	11	33,3	3	42,9	1	5,6
Conversa	15	45,5	3	42,9	3	16,7
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (telefonar)	5	15,2	0	0,0	0	0,0

Teste: Exato de Fisher

Os dados analisados por posto evidenciaram melhora com significância estatística de $p \leq 0,05$ nas funções de mastigação, manipulação do alimento na boca, deglutição, funções de voz, funções mentais da linguagem, atividade de fala e de produção de mensagens não verbais, em ambos os postos. No posto 3, onde acontecem as internações para reabilitação, além destas funções descritas comuns aos dois postos, notou-se melhora significativa também nas funções de salivação, funções respiratórias adicionais (Tosse), atividade de conversação e de comunicação (recepção de mensagens orais) (Tabela 3).

Tabela 3 - Melhora dos pacientes por postos.

Fator	Posto 1			Posto 3		
	Número de pacientes (n=19)		p	Número de pacientes (n=39)		p
	n	%		n	%	
Funções Auditivas	0	0,0	*	1	2,6	*
Mastigar	7	36,8	0,016	24	61,5	< 0,001
Manipulação do alimento na boca	9	47,4	0,004	26	66,7	< 0,001
Salivação	8	42,1	0,070	13	33,3	< 0,001
Deglutição	8	42,1	0,039	24	61,5	< 0,001
Funções da Voz	9	47,4	0,004	15	38,5	< 0,001
Funções respiratórias adicionais (tosse)	6	31,6	0,289	20	51,3	< 0,001
Funções mentais da linguagem	6	31,6	0,031	11	28,2	0,001
Comunicação – recepção de mensagens orais	5	26,3	0,063	9	23,1	0,021
Fala	7	36,8	0,016	16	41,0	< 0,001
Produção de mensagens não verbais	6	31,6	0,031	9	23,1	0,004
Conversação	5	26,3	0,063	16	41,0	0,001
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (telefonar)	0	0,0	*	5	12,8	0,063

Teste: Regra de Sinais de Descartes; * Não houve teste comparativo.

DISCUSSÃO

O modelo de assistência multiprofissional tem como objetivo reabilitar o paciente de forma integral, efetiva e contínua. Ela proporciona ao indivíduo em reabilitação uma assistência de qualidade, baseada na particularidade de cada paciente e dispõem de uma abordagem interdisciplinar. Por meio da interdisciplinaridade, a equipe multiprofissional é capaz de estabelecer um

planejamento que leve em consideração os aspectos biopsicossociais destes pacientes, promovendo a sua autonomia para o cuidado em saúde. Estabelecer então uma linguagem unificada dentro da equipe multiprofissional possibilitará que os profissionais troquem informações e considerem a conduta mais apropriada conforme a necessidade do indivíduo⁹.

A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, instrumento utilizado na coleta de dados deste estudo, é uma ferramenta que tem por finalidade registrar o perfil da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. Ela proporciona uma linguagem unificada e padronizada, com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, avaliando as funções e estruturas do corpo, bem como, as atividades e participação do indivíduo⁸.

Este instrumento é usado por diferentes equipes de reabilitação mundialmente, assim como no CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, com a finalidade de avaliar o perfil funcional dos pacientes, estabelecer um plano terapêutico coerente com a realidade dos mesmos e mensurar seus ganhos no decorrer do processo terapêutico.

A fonoaudiologia encontra-se inserida nesta realidade, sendo responsável por prevenir, avaliar, diagnosticar, orientar, realizar terapia e aperfeiçoar as funções auditivas, vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição¹. No ambiente hospitalar, este profissional intervém com ações preventivas e intensivas, colaborando com a equipe multiprofissional de forma técnica e prática, impedindo ou diminuindo as sequelas decorrentes das patologias de base¹⁰.

As funções mensuradas pela CIF, neste estudo, revelaram ganhos estatisticamente significativos tanto nas funções de ingestão (mastigação, manipulação do alimento na boca, salivação e deglutição) quanto nas funções de comunicação (funções mentais da linguagem, recepção de mensagens orais, fala, produção de mensagens não verbais e conversação), funções de voz e funções respiratórias adicionais (tosse). Todas estas funções estão relacionadas entre si, sendo que a alteração em apenas uma dessas funções pode impactar em alterações nas demais.

Quando se fala em ingestão, podemos destacar quatro funções importantes, avaliadas neste estudo: mastigação, manipulação do alimento na boca, salivação e

deglutição. A mastigação consiste na realização de movimentos coordenados do sistema estomatognático (ossos, dentes, articulação, músculos, sistema vascular e nervos), responsáveis pela captação, trituração e pulverização do alimento, formando o bolo alimentar¹¹. Este processo acontece graças à capacidade de manipulação deste alimento na cavidade oral, por meio de movimentos de anteriorização e lateralização das estruturas para captura e trituração do alimento, bem como, da salivação, responsável por umedecer este alimento, pulverizando-o¹². Uma vez formado o bolo alimentar, este é conduzido pelo trato digestivo, por meio de uma sequência motora complexa, que envolve as estruturas orais, faríngeas, laríngeas e do esôfago, denominada deglutição. A deglutição se caracteriza por movimentos coordenados e relacionados, controlados pela função neural, que impedem a passagem de alimentos para as vias aéreas inferiores¹³.

Alterações na mastigação, manipulação do bolo alimentar e salivação acarretam alterações na função de deglutição, denominada disfagia, um dos sintomas mais encontrado nos indivíduos assistidos pelo fonoaudiólogo hospitalar, conforme observado na população estudada. Ela pode ser de origem congênita ou adquirida, causada por alterações neurológicas (disfagia neurogênica), estruturais (disfagia mecânica) ou psicológicas (disfagia psicogênica)^{13,14}. A disfagia pode causar limitações da funcionalidade e intercorrências significativas, como a broncoaspiração, pneumonia, desidratação e desnutrição, que interferirão diretamente na qualidade de vida do paciente, por meio dos aspectos emocionais, físicos e sociais¹⁵. São sintomas da disfagia: dificuldade em segurar o bolo alimentar na cavidade intraoral; resíduo alimentar em vestibulo; tosse; engasgos; sensação de alimento parado na garganta; refluxo nasal; redução da elevação laríngea; latência aumentada para respostas faríngeas e alterações na voz¹⁶.

Vale ressaltar que as funções de ingestão, voz e respiração, onde os pacientes avaliados neste estudo apresentaram ganhos significativos, encontram-se descritos como sintomas da disfagia. Sendo assim, a melhora destas funções, acarretam melhora deste quadro e conseqüentemente, a melhora da funcionalidade na alimentação.

Outra situação que ocasiona grandes impactos na qualidade de vida de um indivíduo e na socialização do mesmo é a alteração na comunicação. Estudos revelam que pacientes com lesão encefálica adquirida, que evoluíram com alteração

das funções motoras e sensoriais, e com impacto importante no cotidiano, tiveram dificuldade na linguagem e comunicação, afetando também sua inclusão social¹⁷.

Para que a comunicação seja funcional, é necessária a preservação das funções envolvidas, descritas abaixo. É importante destacar que muitas vezes, as alterações nas funções de comunicação, são descritas pelos pacientes como queixa de alteração na fala.

No entanto, quando se fala de comunicação, refere-se à recepção e transmissão de mensagens, seja ela verbal ou não verbal¹⁸. Para que a função de comunicação aconteça é necessária a linguagem preservada. A linguagem consiste no reconhecimento e utilização de sinais e símbolos⁸. A transmissão verbal da linguagem se dá através da fala, uma expressão motora complexa do sistema neuromuscular, produzida a partir de movimentos dos lábios, língua, bochechas, palato mole, dentes, mandíbula, faringe, laringe e os músculos da respiração¹⁹. Ou seja, a fala é a articulação de uma emissão sonora, a voz, que é produzida pela fonação, um processo concomitante de vibração das pregas vocais e da expiração do ar¹⁸. No entanto, a produção de mensagens não verbais se refere ao uso de gestos e mímicas com a finalidade de transmitir uma mensagem. Todo este processo descrito acima permite que a função de conversação, ato de manter o diálogo com o parceiro de comunicação, aconteça de forma eficaz. Em alguns casos, este processo pode acontecer por meio da utilização de dispositivos para comunicação, que se refere ao uso de meios para se comunicar, como por exemplo, o telefone.

Neste estudo foi descrito separadamente, os ganhos na função de deglutição e atividade de fala, por se tratar das duas principais queixas fonoaudiológicas apresentadas por pacientes assistidos pelo fonoaudiólogo no ambiente hospitalar. Isso acontece também no CRER, tanto no posto de cuidados clínicos (posto 1) quanto no posto de reabilitação (posto 3). Vale ressaltar que estes pacientes apresentaram como patologia de base em sua maioria, o AVC, seguido do TCE.

O AVC é uma doença vascular cerebral, ocasionada por alterações de fornecimento do sangue ao cérebro, sendo um dos primeiros agravos de saúde a receber atenção em grupos de pesquisa, visando alcançar os objetivos propostos pela OMS por meio da CIF. Ele tem elevada incidência e prevalência, e é considerada uma das grandes causas de incapacidade crônica no mundo. Estudo referente a ocorrência de doenças do mundo todo, realizado com a participação da

OMS, mostrou que dentre 107 condições de saúde, o AVC está como a terceira maior causa de incapacidade em países desenvolvidos^{20,21}.

O Traumatismo Crânio Encefálico é todo insulto da estrutura anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo e seus vasos. Ele se destaca como importante causa de morte e incapacidade, podendo acontecer em diferentes faixas etárias e ocasiona diversas sequelas neurológicas, dentre elas a disfagia, distúrbios de cognição, distúrbios de voz e alterações da linguagem^{13,22,23}. Vale ressaltar, que na amostra analisada, foram encontradas também outras patologias de base, como Guillain Barré, meningite, lesão medular e outros, por se tratar de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV, que atua na reabilitação das pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual²⁴.

Na função de deglutição, os pacientes que permaneceram sem alteração no qualificador inicial, estavam no posto 1, em tratamento clínico, e por isso, encontravam-se mais propensos às intercorrências que podem interferir na melhora desta função. Em relação aos pacientes que apresentaram piora, 01 apresentou piora clínica do quadro geral durante um extenso período de internação, e outro apresentou piora da função de deglutição, após aplicação de toxina botulínica em região submandibular, evoluindo para disfagia grave (qualificador 3). Estes pacientes encontravam-se no posto 1 e 3, respectivamente. Os demais, apresentaram melhora da função de deglutição, tendo o maior ganho, a evolução de 03 qualificadores em um paciente do posto 3, que tinha como patologia de base o AVC.

Na atividade de fala, os pacientes que permaneceram sem alteração no qualificador inicial encontravam-se em ambos os postos. Vale ressaltar que não houve piora nesta atividade, no entanto, 03 pacientes do posto 3 apresentaram melhora de 2 qualificadores. Desses 03 pacientes com melhora, 02 tinham o AVC como patologia de base, e o outro a meningite.

O Setor de Internação do CRER é contemplado por postos com perfil de assistências diferenciadas entre si. No posto 1 encontram-se pacientes internados para tratamento de sintomas advindos de complicações clínicas no estado geral de saúde, porém, ainda na internação recebem atendimento da equipe multiprofissional de reabilitação no leito. No posto 3 encontram-se pacientes internados para reabilitação e que apresentam um quadro de saúde menos comprometido, no que se refere ao quadro clínico geral de saúde. Neste posto, os atendidos acontecem no

leito ou em um ginásio equipado para reabilitação global, priorizando como plano terapêutico o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo e inclusão social.

Os dados deste estudo mostraram que a melhora encontrada nos achados do posto 1 não foram significativas em relação ao início do tratamento para quatro funções (conversação, recepção de mensagens orais, funções de respiração adicionais – tosse, e salivação). Há que se considerar a afirmação de Abdulmassih et al²⁵, ao dizerem que o paciente clinicamente comprometido internado no ambiente hospitalar, necessita de atendimento de uma equipe multidisciplinar formada por diversos profissionais, entre eles o Fonoaudiólogo, médicos em suas diferentes especialidades, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros, priorizando e minimizando possíveis riscos e complicações, com o intuito de iniciar o preparo para a reabilitação das sequelas.

Em contrapartida, os achados do posto 3 mostraram melhora significativa em todas as funções avaliadas. Inaoka et al²⁶, afirmam que o atendimento fonoaudiológico minimiza a internação prolongada dos pacientes que apresentam alteração na deglutição, e que ao final da reabilitação, 75% dos pacientes não necessitavam de via alternativa de alimentação, sendo a ingestão por via oral segura, sem riscos de complicações.

Há que se destacar o fato de que mesmo com a reabilitação fonoaudiológica, alguns pacientes apresentam ganhos funcionais limitados, permanecendo dependentes para alimentação e/ou comunicação. Goulart²⁷, relata que 70% dos pacientes que apresentam como patologia de base a lesão encefálica adquirida, principalmente o AVC, como é o caso da maioria dos pacientes assistidos pelo CRER, recebem alta hospitalar com problemas relacionados à comunicação e à sua incapacidade funcional, restringindo-os de sua independência e atividades de vida diária.

Segundo Serra e Serra¹³, no TCE o prognóstico das alterações da deglutição é relativamente bom, pois em muitos casos se espera que a melhora seja concomitante ao quadro neurológico. Tal resultado foi encontrado também nessa pesquisa, onde as funções de ingestão tiveram uma melhora bastante significativa, principalmente na função de deglutição onde 100% dos pacientes evoluíram com melhora.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados neste estudo com a utilização da ferramenta CIF, evidenciam a necessidade da atuação do fonoaudiólogo dentro das unidades de internação dos hospitais, uma vez que mostrou melhora das funções de ingestão, comunicação, voz e respiratórias adicionais (tosse).

O uso da CIF estabelece uma linguagem universal e padronizada que favorece a interação entre os diversos campos de saúde. O fonoaudiólogo, como membro da equipe multiprofissional auxilia na melhora da funcionalidade dos pacientes em reabilitação, o que repercute na melhoria da qualidade de vida, na antecipação da alta hospitalar e diminuição dos gastos com a internação.

Este estudo poderá ser complementado em pesquisas posteriores, com o intuito de descrever de forma mais detalhada, outras funções relacionadas aos aspectos fonoaudiológicos, tanto no ambiente de internação quanto ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Barros PML, Oliveira PN. Perfil dos Pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um Serviço Público de Recife. Rev CEFAC. 2010;12(1):128-33.
2. Pittioni MEM. Fonoaudiologia hospitalar: uma realidade necessária. [Monografia] Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Motricidade Oral Hospitalar. Londrina: CEFAC, 2001.
3. Cernescu RP, Leite CAG, Lessa WM. Reabilitação fonoaudiológica em grupo de pacientes afásicos. UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saude. 2000;2(1):77-91.
4. Borgneth, L. Considerações sobre o processo de reabilitação. Acta Fisiatrica, 2016;11(2):55-9.
5. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pro-fono Revista de atualização científica. 2007;19(1).
6. Lomônaco JFB, Cazeiro APM. Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia. Psicologia Escolar e Educacional. 2006;10(1):83-97.
7. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008;11(2):324-35.
8. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2004.
9. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev S Pública. 2006;40(4):727-33.
10. Luz E. A Fonoaudiologia Hospitalar em questão. Jornal do CFFa, 2, 4, 1999.

11. Mory MR, Tessitore A, Pfeilsticker L, Junior EDBC, Paschoal JR. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Sistema*, 2013;9(13): 14.
12. Silva AS, Carminatti M, Lavra-Pinto BD, Franzon, R, Araujo FBD, Gomes E. Perfil mastigatório em crianças de três a cinco anos de idade. *Revista CEFAC*. 2016;18(3):568-80.
13. Serra ACV, SerraLSM. Aspectos da deglutição em indivíduos com traumatismo cranioencefálico. *Revista CEFAC*. 2006;8(1):42-9.
14. Moraes AM, Coelho WDJP, Castro G, Nemr K. Incidência de disfagia em Unidade de Terapia Intensiva de adultos. *Rev CEFAC*. 2006;8(2):171-7.
15. Gaspar MDRDF, Pinto GDSA, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Rev. CEFAC*. 2015;17(6): 1939-45.
16. Nazar M, Ortega T. Fuentealba, M. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev Med Clin Condes*. 2009:449-57.
17. Pommerehn J, Delboni MCC, Fedosse E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. In *CoDAS*. 2016;289(2):132-40.
18. Schirmer C, Levy DS, Elias VS. Problemas na fala e deglutição. *Cuidando do doente em Casa*. São Paulo: Livre, 2009.
19. Marchesan IQ, Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Alterações de fala de origem musculoesquelética. Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.
20. Faria CDCDM, et al. Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida, utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31(4):338-44.
21. Oliveira ESG. *Como reconhecer o Acidente Vascular Cerebral AVC*. 2016.
22. Abdulmassih LAC, Sennyey AL. Caracterização da deglutição em pacientes com traumatismo crânioencefálico. *Rev CEFAC*. 2002;4(1):53-8.
23. Gaudêncio TG, Leão GDM. A epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc*. 2013;21(3):427-34.
24. AGIR, Associação Goiana de Integralização e Reabilitação. *CRER, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo*. 2014. [base de dados na internet].
25. Abdulmassih EMDS, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2009;13(1):55-62.
26. Inaoka C, Albuquerque C. Effectiveness of speech therapy in evolution of oral ingestion in patients with post stroke Oropharyngeal Dysphagia. *Revista CEFAC*. 2014;16(1):187-96.
27. Goulart BNGD, Almeida CPBD, Silva MWD, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiology-Communication Research*. 2016;21:1603.