

Verly, Yngrit Oliveira; Barreto, Simone dos Santos
Adesão ao tratamento fonoaudiológico por pessoas com afasia
encaminhadas após alta hospitalar: estudo de dois casos
Audiology - Communication Research, vol. 25, e2289, 2020
Academia Brasileira de Audiologia

DOI: 10.1590/2317-6431-2020-2289

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=391562666016>

Adesão ao tratamento fonoaudiológico por pessoas com afasia encaminhadas após alta hospitalar: estudo de dois casos

Adhesion to speech-language therapy by people with aphasia referred after discharge from hospital: study of two cases

Yngrit Oliveira Verly¹ , Simone dos Santos Barreto² 

RESUMO

Diante da percepção do impacto na comunicação e na qualidade de vida ocasionado por um quadro de afasia, comprehende-se a relevância da adesão ao tratamento fonoaudiológico. Porém, há casos em que a procura por tal tratamento não ocorre, por motivos que ainda não foram investigados de modo aprofundado. O objetivo deste estudo foi analisar a adesão ao tratamento fonoaudiológico de pessoas com afasia, encaminhadas após alta hospitalar. Foi realizado um estudo qualitativo de dois casos. Participaram deste estudo duas idosas com afasia após acidente vascular cerebral (AVC), acompanhadas em um hospital municipal de referência microrregional. Foi realizada a coleta de dados sociodemográficos e clínicos em prontuário e por meio de entrevista com um familiar de cada participante, durante a internação. Após dois meses, aproximadamente, foi realizada nova entrevista para investigar a procura por atendimento fonoaudiológico. A instalação de sequelas físicas pós-AVC, que afetam membro inferior, sua gravidade e a fase de recuperação contribuem para a não adesão ao tratamento fonoaudiológico público em nível ambulatorial, por pessoas com afasia. A interação entre fatores sociodemográficos, aspectos clínicos e características da rede pública de saúde (como a inexistência de fonoaudiólogo no serviço de atenção domiciliar) pode influenciar a procura por tratamento domiciliar particular nesses casos. É possível afirmar que múltiplos fatores, clínicos e sociodemográficos, influenciam a não procura por tratamento fonoaudiológico por essa população. Além disso, tais fatores indicam a existência de dificuldades no acesso a serviços de saúde públicos, por limitações na rede de atenção à saúde regional.

Palavras-chave: Reabilitação; Fonoaudiologia; Afasia; Encaminhamento e consulta; Acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

Given the perceived impact on communication and quality of life of aphasia, the importance of adherence to speech therapy treatment is clear. However, there are cases in which this treatment is not sought, for reasons that have not been fully investigated. The aim of this study was to analyze adherence to speech therapy by people with aphasia referred after hospital discharge. A qualitative case study of two cases was carried out. Two elderly women with aphasia after stroke treated at a micro-regional public referral hospital participated in this study. Sociodemographic and clinical data were collected from patient medical records and drawn from an interview with a family member during hospitalization. After about two months, a second interview was conducted to investigate whether speech therapy had been sought. The presence of post-stroke physical sequelae affecting lower limbs, its severity, and the post-stroke recovery phase were all factors contributing to non-adherence to public outpatient speech-therapy treatment by these individuals with aphasia. The interaction between sociodemographic factors, clinical aspects and characteristics of the public health network (such as non-availability of speech therapists in the home-care service) can influence the seeking of private home-based treatment in these cases. Results revealed that multiple clinical and sociodemographic factors influence nonadherence to speech therapy in this population. In addition, these factors indicate difficulties accessing public health services as a result of shortcomings in the regional health care network.

Keywords: Rehabilitation; Speech therapy; Aphasia; Referral and consultation; Access to health services

Trabalho realizado no Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia, Instituto de Saúde de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense – UFF – Nova Friburgo (RJ), Brasil.

¹Instituto de Saúde de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense – UFF – Nova Friburgo (RJ), Brasil.

²Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia, Instituto de Saúde de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense – UFF – Nova Friburgo (RJ), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: YOV participou da concepção e do delineamento do estudo, da coleta, análise e interpretação dos resultados, da redação e aprovação da versão final do manuscrito; SSB participou da concepção e do delineamento do estudo, da supervisão da coleta e da interpretação dos dados, da revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Yngrit Oliveira Verly. E-mail: yngrit_verly@outlook.com

Recebido: Janeiro 21, 2020; **ACEITO:** Abril 27, 2020

INTRODUÇÃO

A afasia é um distúrbio adquirido, decorrente de lesão cerebral focal no hemisfério dominante para a linguagem, que afeta o funcionamento comunicativo e social da pessoa, sua qualidade de vida e das pessoas no seu entorno⁽¹⁾. A principal causa da afasia são as doenças cerebrovasculares, com destaque para o acidente vascular cerebral (AVC)⁽²⁾.

Nos casos em que a afasia é uma das sequelas do AVC, o comprometimento da comunicação impactará não só a vida do paciente, mas de sua família e sociedade⁽¹⁾, que encontrarão dificuldades em dialogar com ele e em compreendê-lo. Há que se considerar que a comunicação é essencial em nossas vidas, por se fazer presente e necessária constantemente, para nos expressarmos e compreendermos o que nos é comunicado. Para Happ⁽³⁾, a ausência de fala gera dificuldades em transmitir pensamentos, sentimentos, desejos e necessidades aos outros, representando, portanto, uma barreira de comunicação.

A atuação fonoaudiológica nos casos de afasia tem como objetivo a recuperação da comunicação do paciente, levando em consideração seus limites, sua condição física e mental⁽⁴⁾. Diante da percepção do impacto na comunicação e na qualidade de vida, ocasionado por um quadro de afasia, comprehende-se a relevância e importância da adesão ao tratamento fonoaudiológico. Porém, há casos em que a procura por tal tratamento não ocorre, por motivos que ainda não foram investigados de modo aprofundado.

Considerando que cada sujeito deve ser visto por uma ótica biopsicossocial, de forma multidimensional e integral, deve-se levar em consideração todos os aspectos que possam estar relacionados com a não adesão ao tratamento fonoaudiológico nesses casos. Nos países desenvolvidos a adesão a terapias de longo prazo nos casos de doenças crônicas, em geral, alcança 50%, levando a acreditar assim que, em países em desenvolvimento, os índices devam ser ainda mais baixos, por conta da escassez de recursos e do baixo acesso às instituições de saúde⁽⁵⁾.

Apesar da existência de estudos sobre a adesão ao tratamento fonoaudiológico sob perspectivas diferentes⁽⁶⁻⁸⁾, não foram encontradas pesquisas que abordassem especificamente a adesão à fonoterapia nos quadros de afasia em nosso país. Investigações sobre o tema são fundamentais para a identificação dos potenciais fatores que favorecem ou restringem essa adesão, contribuindo para o aprimoramento da rede de cuidados destinada a essa população, seja dos serviços e/ou das práticas de saúde oferecidas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à adesão ou não ao tratamento fonoaudiológico de pessoas com afasia encaminhadas após alta hospitalar.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

A pesquisa foi aprovada pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 2.636.562/2018. Foi realizado um estudo de dois casos, de abordagem qualitativa, em um hospital público municipal de referência microrregional. Trata-se de um hospital de grande porte, com 195 leitos instalados em 2018 (sete destinados à enfermaria de neurologia), referência regional em média e alta complexidade para outros nove municípios de sua microrregião. Desde 2017, a unidade integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da região (RUE).

O recrutamento dos potenciais participantes foi feito a partir da identificação em prontuários de adultos ou idosos, de ambos os sexos, falantes nativos do português brasileiro, com diagnóstico médico de AVC e diagnóstico fonoaudiológico de afasia, internados na enfermaria neurológica do hospital, no período de junho a setembro de 2018. Foram excluídos da amostra falantes que possuíam o distúrbio linguístico causado por outras doenças neurológicas, ou que tinham histórico de lesão cerebral pregressa.

Como o hospital não possui fonoaudiólogo, a identificação do quadro afásico foi realizada a partir de outra pesquisa, que investigou a frequência de afasia em usuários internados por AVC na enfermaria de Neurologia no mesmo hospital⁽⁹⁾. Nesse estudo, realizou-se a busca ativa de pessoas com afasia, internadas no mesmo período de realização da pesquisa, por meio de avaliação breve da linguagem, cujo diagnóstico fonoaudiológico foi registrado em prontuário. A periodicidade da coleta de dados no hospital, por parte da equipe da pesquisa, foi de uma a duas vezes por semana. Todos os usuários identificados com afasia ou com algum outro distúrbio fonoaudiológico associado foram encaminhados para atendimento fonoaudiológico ambulatorial público na instituição proponente, após a alta hospitalar.

Visto que todo afásico apresenta comprometimento da compreensão da linguagem em sua modalidade oral e escrita, em graus variados, foi obtida autorização do responsável, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e do participante, com a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, na medida de sua compreensão.

Após a obtenção do consentimento/assentimento de participação na pesquisa, a coleta de dados deu-se em duas etapas. Considerando o comprometimento da linguagem dos participantes, os dados foram coletados por meio de entrevista com um familiar e/ou coletadas do prontuário do usuário. Na primeira etapa, foi aplicado o Questionário Sociodemográfico e Clínico, cujos itens sociodemográficos foram baseados no estudo de Drummond e Alves⁽¹⁰⁾ (Apêndice 1). Não foram identificados outros instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica, específicos para a população estudada, que contemplassem os objetivos deste estudo.

Adicionalmente, foi aplicado, na íntegra, o Critério de Classificação Econômica Brasil (2008) – Classes Econômicas⁽¹¹⁾. O questionário foi realizado presencialmente com o informante, durante o período de internação na enfermaria neurológica. Foram extraídos do prontuário os seguintes dados: tipo de AVC, localização da lesão (conforme laudo de neuroimagem estrutural mais recente disponível), tempo transcorrido após o AVC (dias) e tipo de afasia.

A segunda etapa foi realizada aproximadamente dois meses após a aplicação do primeiro questionário (64 e 68 dias após), quando foi aplicado o Questionário de Adesão ao Tratamento Fonoaudiológico, elaborado para esta pesquisa (Apêndice 2). A entrevista foi realizada com o mesmo familiar por telefone, meio indicado como preferencial por este na primeira etapa da coleta.

Enquadraram-se nos critérios de inclusão estabelecidos três usuários do serviço, diagnosticados como afásicos no período de realização da pesquisa. Contudo, um dos participantes elegíveis não consentiu em participar do estudo, o que resultou em um total de dois participantes. Os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa são apresentados no Quadro 1.

Quanto à classe econômica das participantes, a participante 1 foi classificada na classe 4-C1 e a participante 2, na classe 5-C2. A primeira possuía renda média familiar maior, comparada à segunda.

Os dados clínicos das participantes da pesquisa são apresentados no Quadro 2.

Ambas as participantes não apresentaram outras sequelas decorrentes do AVC e não necessitavam de auxílio para realizar suas atividades de vida diária antes da ocorrência do AVC.

A partir da aplicação do questionário sobre a adesão após a alta hospitalar, observou-se que uma das participantes (participante 2) procurou por serviço particular de atendimento fonoaudiológico domiciliar. Encontrava-se em tratamento há 61 dias e não procurou pelo tratamento em outro serviço, além do mencionado. Já a participante 1 não procurou por tratamento fonoaudiológico, nem no serviço ambulatorial para o qual foi referenciada, nem em outra modalidade de assistência na rede pública ou privada. Ao serem investigados os motivos para a não procura por tratamento fonoaudiológico, neste último caso, a justificativa fornecida foi classificada na categoria de resposta “relacionado ao AVC ou outras doenças”, pois o motivo apontado foi a presença de sequela física pós-AVC (alteração sensoriomotora de membro inferior), que resultou na impossibilidade de andar.

DISCUSSÃO

Considerando os dados sociodemográficos das participantes da pesquisa, apresentados no Quadro 1, observa-se que ambas eram idosas. A afasia é consideravelmente mais frequente entre os pacientes com AVC nas faixas etárias mais avançadas, de acordo com Engelter et al.⁽¹²⁾ Segundo esses autores, o sexo não é preditor de afasia, porém, há estudos divergentes que revelam maior ocorrência de afasia em mulheres⁽²⁾, sexo predominante neste estudo.

Ambas as idosas possuíam, também, baixa escolaridade, característica que pode justificar a menor demanda comunicativa e de reabilitação do quadro afásico, particularmente quanto ao uso da modalidade escrita da linguagem. A situação ocupacional das participantes foi outro aspecto que pode ter contribuído para a menor demanda comunicativa e expectativas restritas, por parte delas mesmas e de seus familiares, com a reabilitação.

Considerando a proximidade da classificação socioeconômica das participantes, a análise dos fatores “composição domiciliar” e “situação do imóvel” revelaram que a participante 1 residia com mais membros da família, em imóvel de propriedade de um desses membros, o que poderia indicar sua maior relação de dependência financeira. Já a participante 2, residia com um único membro da família, provavelmente seu dependente, em imóvel próprio.

Quanto aos dados clínicos (Quadro 2), foi possível observar que o AVC isquêmico foi a causa da afasia nos dois casos, sendo o subtipo mais comum de AVC. A hipertensão arterial sistêmica caracteriza-se como importante fator de risco para o AVC e observou-se que as duas participantes apresentaram tal fator de risco associado ao quadro.

Os resultados dos exames de imagem confirmaram lesões corticais em hemisfério esquerdo, habitualmente associados à afasia e a sequelas físicas envolvendo o dimídio corporal contralateral à lesão, como observado nos casos descritos. Ambas se tornaram dependentes para atividades básicas de vida diária, após o AVC.

As duas participantes apresentaram afasia global na fase aguda do AVC, quando foi realizada a etapa inicial da pesquisa. Durante a fase aguda do AVC, 32% dos indivíduos apresentam afasia global⁽¹³⁾. Os dois casos constituíam-se em quadros afásicos graves, porém, maior comprometimento da compreensão oral foi observado na participante 2. A participante 1, contudo, apresentou um quadro disfágico associado, porém não avaliado quanto à sua gravidade.

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Variáveis/ Participantes	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2
Idade	70	64
Sexo	feminino	feminino
Escolaridade*	5	3
Ocupação/ Condição	outras formas de trabalho (afazeres domésticos)/ aposentada	costureira / aposentada
Estado civil	casada	viúva
Composição domiciliar	cônjugue, filho, cunhada e dois netos	neto
Situação de moradia – imóvel	membro da família	Próprio

*Escolaridade em anos concluídos do ensino formal

Quadro 2. Dados clínicos dos participantes da pesquisa

Variáveis/ Participantes	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2
Tipo de AVC	isquêmico	Isquêmico
Localização da lesão	núcleo capsular, lobos frontal e temporal esquerdo	núcleo capsular, coroa radiada e lobo frontal esquerdo
Tempo pós-AVC - 1 ^a entrevista*/2 ^a entrevista	19 / 83 dias	8 dias / 76 dias
Tipo de afasia	afasia global	afasia global
Sequelas físicas pós-AVC	- alterações sensoriomotoras de membro inferior direito (impossibilidade de andar) - disfagia	- alterações sensoriomotoras de membros inferior (impossibilidade de andar) e superior direito
Doenças crônicas prévias	- hipertensão arterial sistêmica - doença vascular periférica	- hipertensão arterial sistêmica

*Corresponde ao tempo de internação em dias

Em relação à adesão ao tratamento fonoaudiológico no nível ambulatorial, nenhuma das participantes acessou o serviço para o qual foi encaminhada após a alta hospitalar, durante o período de realização da pesquisa. Tal fato pode ser atribuído, em parte, às sequelas físicas decorrentes do AVC, identificadas em ambos os casos, com restrições na capacidade de deambulação, constituindo-se em uma barreira física de acesso ao serviço.

É importante considerar, também, que o levantamento sobre a ocorrência ou não de adesão ao tratamento fonoaudiológico ambulatorial deu-se no terceiro mês após o AVC, isto é, ainda na fase subaguda do quadro. Estima-se que mais da metade dos pacientes pós-AVC não deambulam independentemente na fase aguda e, três meses após o evento, essa dependência persiste em 25% dos pacientes⁽¹⁴⁾.

A barreira física de acesso ao serviço ficou mais evidente ao se constatar que a participante 2, que aderiu a algum tratamento fonoaudiológico, procurou por atendimento domiciliar particular após a alta hospitalar, possivelmente pelo fato de ser o mais viável, devido à existência de alterações sensoriais e/ou motoras em membro inferior após o AVC, que a impossibilitavam de deambular. Em um estudo nacional recente, casos de AVC representaram 35,2% da procura por atendimento domiciliar na cidade de Maceió, sendo 41,8% no setor público e 28,2%, no setor privado⁽¹⁵⁾.

No município onde a pesquisa foi realizada, há um serviço público de atenção domiciliar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde 1992, que é, atualmente, vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, e possui uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar e uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP). Apesar da previsão de fonoaudiólogo na EMAP, a equipe do município não conta com esse profissional, indicando uma limitação na RAS. Sendo assim, quando o usuário necessita de atendimento fonoaudiológico domiciliar, precisa, necessariamente, recorrer a um serviço particular.

A participante 1, que não teve acesso ao tratamento fonoaudiológico, também possuía sequelas físicas, incluindo alterações sensoriais e/ou motoras de membro inferior e disfagia. A justificativa fornecida para a não procura pelo tratamento fonoaudiológico foi exatamente a incapacidade para deambular. Entretanto, a fragilidade da rede do SAD municipal, que não dispõe de fonoaudiólogo na EMAP, também deve ser considerada como um dos fatores que interferiu negativamente no acesso ao atendimento fonoaudiológico, por parte dessa usuária.

Ao se considerar a classificação socioeconômica das participantes, a participante que procurou por tratamento domiciliar particular (participante 2) possuía renda familiar inferior à participante que não procurou por tratamento (participante 1), porém, sua composição domiciliar também era menor. Apesar das complexas inter-relações que podem ocorrer entre essas variáveis, pode-se supor que o menor número de membros no domicílio, resultando em maior disponibilidade financeira, e a situação de independência financeira da usuária, podem ter favorecido o acesso ao serviço de assistência privado.

A participante que teve acesso ao tratamento domiciliar particular (participante 2) apresentou comprometimento maior, em relação às sequelas físicas, envolvendo membros superior e inferior, e linguística, com comprometimento mais grave da compreensão oral, em comparação com a participante 1. Sendo assim, o nível de gravidade das sequelas pode ser um fator associado à busca por tratamento fonoaudiológico, que requer

mais investigação. Por outro lado, o nível de conscientização dos usuários e de seus familiares sobre a possibilidade de tratamento do quadro afásico, suas expectativas com o tratamento e a relação com outras variáveis sociodemográficas também merecem ser melhor investigados em pesquisas futuras.

Estudos que contemplassem o processo de adesão ao tratamento fonoaudiológico, envolvendo, especificamente, pessoas com afasia pós-AVC, considerando a procura e o acesso pelo tratamento fonoaudiológico, não foram encontrados. A maioria dos estudos nacionais e internacionais sobre o tema envolveram pessoas com disfonia^(6,7). Tais pesquisas, assim como outra, abrangendo pessoas com disfagia⁽⁸⁾, investigaram aspectos da adesão relacionados a faltas às sessões⁽⁶⁾, ou ao cumprimento de recomendações⁽⁸⁾.

Na presente pesquisa, considerou-se relevante investigar a existência de pessoas afásicas que nem mesmo chegam a iniciar o tratamento fonoaudiológico, conforme se constatou em um dos casos. No contexto investigado, outra fragilidade identificada na RAS da microrregião, a ser destacada, foi a ausência de fonoaudiólogo na unidade hospitalar de referência da RUE. Tendo em vista que o hospital pleiteia a habilitação de leitos de Unidade de Cuidado ao AVC Agudo (U-AVC Agudo), conforme a Linha de Cuidados em AVC no âmbito do SUS, deve prover atendimento multiprofissional que inclua o fonoaudiólogo. A ausência desse profissional limita significativamente o acesso, a integralidade e a continuidade do cuidado prestado aos usuários do serviço, que são algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

O acesso à avaliação e à intervenção fonoaudiológicas, relativas às demandas que envolvem a comunicação e a deglutição pós-AVC, ainda em ambiente hospitalar, são fundamentais para a reabilitação do usuário, contribuindo para o melhor prognóstico. Adicionalmente, favorece a adequada referência para outros equipamentos da RAS após a alta hospitalar, propiciando a continuidade do cuidado desses pacientes. Entretanto, essa continuidade também estará comprometida se a ausência desse profissional ocorrer em outros componentes da RUE, como na atenção domiciliar, conforme observado neste estudo.

Apesar da relevância deste estudo por suscitar a investigação sobre o tema, há que se considerar seu caráter exploratório, devido ao reduzido número de participantes. O impacto das fragilidades identificadas na RUE da região, que não incluem o fonoaudiólogo nos seus componentes (hospitalar e atenção domiciliar), limita não apenas o tratamento integral ao paciente com AVC, mas a própria produção científica que traz luz à questão. A ausência de profissional fonoaudiólogo no serviço provavelmente restringiu a identificação de todos os possíveis casos de afasia dentre os usuários internados no período contemplado, justificando, em parte, a casuística reduzida e limitando a abrangência do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo indicaram a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos na determinação da adesão ao tratamento fonoaudiológico por pessoas com afasia pós-AVC. Além disso, foi possível identificar a existência de fragilidades na RAS regional, que dificultam o acesso a serviços de saúde públicos que atendam às demandas de pessoas afásicas pós-AVC, em fase subaguda.

Diferentes estratégias devem convergir para que o aperfeiçoamento da RAS ocorra, por meio das pactuações nas instâncias decisórias locorregionais, envolvendo diferentes atores, como gestores, profissionais de saúde, usuários e controle social, aliadas a conscientização sobre a possibilidade de tratamento do quadro afásico, de modo a reduzir, efetivamente, as barreiras de acesso ao cuidado dessa população.

Pesquisas futuras devem assumir delineamentos exequíveis, que superem as restrições impostas atualmente pelas próprias falhas na rede e pelo financiamento de pesquisas, como a participação dos demais profissionais de saúde que atuam no serviço na identificação de usuários com sequelas fonoaudiológicas, a referência para os componentes da rede que oferecem atendimento na área e o monitoramento dos usuários referenciados que acessam esses serviços. Tais estudos são importantes para subsidiar propostas de mudanças que atendam às necessidades de pessoas com afasia na rede de saúde locorregional.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes deste estudo, aos profissionais do hospital, pela colaboração para a identificação e localização dos potenciais participantes e a toda equipe de pesquisa, pelas contribuições no processo de coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Papathanasiou I, Coppens P, Potagas C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2011. 512 p.
2. Sinanovic O, Mrkonjic Z, Zukic S, Vidovic M, Imamovic K. Post-stroke language disorders. *Acta Clin Croat*. 2011;50(1):79-94. PMid:22034787.
3. Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1247-55. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00367-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00367-6). PMid:10728845.
4. Kunst LR, Oliveira LD, Costa VP, Wiethan FM, Mota HB. Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico. *Rev CEFAC*. 2013;15(6):1712-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000104>.
5. Souza MSF, Kopittke L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Rev APS*. 2016;19(3):361-9.
6. Goes TRV, Ferracci CCS, Silva DRO. Associação entre a adesão da terapia vocal e perfil de atividades vocais em pacientes disfônicos comportamentais. *CoDAS*. 2016;28(5):595-601. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015232>. PMid:27812672.
7. Ebersole B, Soni RS, Moran K, Lango M, Devarajan K, Jamal N. The role of occupational voice demand and patient-rated impairment in predicting voice therapy adherence. *J Voice*. 2018;32(3):325-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.06.002>. PMid:28709763.
8. Chadwick DD, Jolliffe J, Goldbart J. Adherence to eating and drinking guidelines for adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Intellect Dev Disabil*. 2003;108(3):202-11. [http://dx.doi.org/10.1352/0895-8017\(2003\)108<0202:ATEADG>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0895-8017(2003)108<0202:ATEADG>2.0.CO;2). PMid:12691599.
9. Couto PB. Caracterização da incidência de afasia em pacientes assistidos na enfermaria de neurologia de um hospital municipal da região serrana do estado do Rio de Janeiro [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Instituto de Saúde de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense; 2018.
10. Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):727-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>.
11. ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. 2010 [citado em 2018 Jan 11]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=05>
12. Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*. 2006;37(6):1379-84. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>. PMid:16690899.
13. Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis*. 2004;17(1):35-43. <http://dx.doi.org/10.1159/000073896>. PMid:14530636.
14. Wade DT, Wood VA, Heller A, Maggs J, Langton Hewer R. Walking after stroke: measurement and recovery over the first 3 months. *Scand J Rehabil Med*. 1987;19(1):25-30. PMid:3576138.
15. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade EM Fo. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):353-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>.

Apêndice 1. Questionário sociodemográfico e clínico

Data: ___/___/___ Código do participante: _____

Cidade onde reside:

Contato preferencial: () telefone () e-mail _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: () M () F Idade: _____

Escolaridade (anos): _____ Profissão/ Ocupação: _____

Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () separado(a) () viúvo(a)

Composição domiciliar: () apenas cônjuge () cônjuge e filhos () cônjuge, filhos e netos () cônjuge e netos () filhos e netos () netos () mora sozinho () outros: _____

Situação de moradia - imóvel: () próprio () do cônjuge/filhos () alugado () outra _____

DADOS CLÍNICOS

Tipo de AVE*:

Localização da lesão*:

Tempo de internação (dias)*:

Tempo transcorrido após o AVC (dias)*:

Tipo de afasia*:

Sequelas motoras pós-AVE (alterações físicas): () não

() sim / Impossibilidade de andar? () não () sim

Dificuldade de andar? () não () sim

Outra(s)? _____

Outras sequelas pós-AVC? (alterações cognitivas e emocionais)

() não () sim / Qual(is)? _____

Doenças crônicas prévias: () não

() sim / Quais? _____

Necessitava de auxílio para realizar alguma atividade? () não () sim Qual(is)? _____

*Dados coletados do prontuário do participante

Apêndice 2. Questionário de adesão ao tratamento fonoaudiológico

Data: ____/____/____ Código do participante: _____

Houve procura pelo tratamento fonoaudiológico?

() não

() sim / Em qual serviço? _____

Em caso afirmativo:

Tempo de tratamento (dias): _____

Procurou tratamento em outro* serviço? () não

() sim / Qual? () público () privado

*Além do serviço citado na questão anterior, seja concomitantemente ou em momentos diferentes

Em caso negativo, a qual(is) motivo(s) você atribui a não procura pelo tratamento fonoaudiológico por parte do paciente?**

() relacionado(s) ao AVC ou outras doenças - gravidade da doença, presença de outras sequelas ou ocorrência de outros problemas de saúde.

() relacionados à afasia – gravidade do quadro ou impacto na qualidade de vida.

() relacionados a aspectos sociodemográficos – idade, nível de escolaridade, estado civil, composição familiar; situação de moradia ou nível socioeconômico.

() relacionados aos serviços de saúde - localização do(s) serviço(s) (distante do domicílio), barreiras arquitetônicas e/ou geográficas de acesso ao serviço, burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais ou custo.

() relacionados à experiência/percepção do paciente - descrença no serviço de saúde ou no tratamento, pouco conhecimento sobre o quadro e o tratamento, desmotivação, negação em relação ao quadro ou falta de clareza da indicação para o tratamento/encaminhamento.

()outro(s) _____

**Resposta aberta, com classificação pelo entrevistador das alternativas cabíveis.